LIETUVOS RESPUBLIKOS SVEIKATOS APSAUGOS MINISTRAS

Į S A K Y M A S
DĖL LIGŲ DIAGNOSTIKOS BEI AMBULATORINIO GYDYMO, KOMPENSUOJAMO IŠ PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO FONDO BIUDŽETO, METODIKŲ PATVIRTINIMO

2002 m. rugpjūčio 14 d. nr. 422
Vilnius

Vykdydamas lietuvos respublikos vyriausybės 2001 m. Gruodžio 22 d. Nutarimą nr. 1595 „Dėl lietuvos respublikos vyriausybės 2000 m. Sausio 24 d. Nutarimo nr. 84 „dėl ambulatoriniam gydymui skirtų vaistų, kompensuojamų iš privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, bazinių kainų apskaičiavimo tvarkos patvirtinimo“ dalinio pakeitimo“ (žin., 2001, nr. 108-3957):

1. T v i r t i n u pridedamas ligų diagnostikos bei ambulatorinio gydymo, kompensuojamo iš privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšų, metodikas:

1.1. Cukrinio diabeto (tlk-10 kodai e10-e14).

1.2. Dializuojamų pacientų ir ligonių po inkstų persodinimo (tlk-10 kodai z49, z94.0).

1.3. Epilepsijos (tlk-10 kodas g40).

1.4. Glaukomos (tlk-10 kodai h40-h42, q15.0).

1.5. Hipertenzinės ligos ir hipertenzinės nefropatijos (tlk-10 kodai i10-i13, i15).

1.6. Krūties piktybinių navikų (tlk-10 kodas c50).

1.7. Plaučių piktybinių navikų (tlk-10 kodas c34).

1.8. Prostatos piktybinių navikų (tlk-10 kodas c61).

1.9. Širdies veiklos nepakankamumo (tlk-10 kodas i50).

1.10. Šizofrenijos (tlk-10 kodai f20-f29) ir afektinių sutrikimų (tlk kodai f30.2, f31.2-f31.5, f32.1-f32.3, f33.1-f33.3).

2. P a v e d u įsakymo vykdymą kontroliuoti ministerijos valstybės sekretoriui v. Žilinskui.

3. N u s t a t a u, kad išrašant kompensuojamuosius vaistus šiomis metodikomis vadovautis nuo 2002 m. Spalio 1 d.

SVEIKATOS APSAUGOS
MINISTRAS KONSTANTINAS ROMUALDAS DOBROVOLSKIS

PATVIRTINTA
Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos
Ministro 2002 m. rugpjūčio 14 d.
įsakymu Nr. 422

CUKRINIO DIABETO DIAGNOSTIKOS KRITERIJŲ BEI AMBULATORINIO GYDYMO, KOMPENSUOJAMO IŠ PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO FONDO BIUDŽETO, METODIKA CUKRINIO DIABETO DIAGNOSTIKA

Cukrinio diabeto (CD) diagnozė nekelia abejonių tik tada, kai yra specifiniai CD simptomai ir išreikšta hiperglikemija. Jei CD būdingų simptomų nėra, tai vienas glikemijos tyrimas negali būti kriterijumi diagnozei nustatyti. Tokiu atveju diagnozė patvirtinama pagal kelis, tačiau ne tą pačią dieną atliktus tyrimus, rodančius patologinę glikemiją, ir/arba atlikus gliukozės tolerancijos mėginį (GTM).

1 lentelė. Cukrinio diabeto, gliukozės toleravimo sutrikimų ir sutrikusios glikemijos nevalgius diagnostiniai kriterijai

Diagnozė ir jos nustatymo sąlygos	Glikemija (mmol/l)			
	Kraujyje		Kraujo plazmoje	
	Veniniame	Kapiliariniame	Veninėje	Kapiliarinėje
Cukrinis diabetas nevalgius arba praėjus 2 val. po 75 g gliukozės krūvio arba abu	≥ 6,1 ≥ 10,0	≥ 6,1 ≥ 11,1	≥ 7,0 ≥ 11,1	≥ 7,0 ≥ 12,2
Gliukozės toleravimo sutrikimas nevalgius (jei tirta) ir praėjus 2 val. po 75 g gliukozės krūvio	< 6,1 ≥ 6,7 ir < 10,0	< 6,1 ≥ 7,8 ir < 11,1	< 7,0 ≥ 7,8 ir < 11,1	< 7,0 ≥ 8,9 ir 12,2
Sutrikusi glikemija nevalgius praėjus 2 val. po 75 g gliukozės krūvio (jei tirta)	≥ 5,6 ir < 6,1 < 6,7	≥ 5,6 ir < 6,1 < 7,8	≥ 6,1 ir < 7,0 < 7,8	≥ 6,1 ir < 7,0 < 8,9

Idealiausias CD nustatymo būdas – GTM.

Pirmo tipo diabeto eiga dažniausiai audringa: poliurija, polifagija, polidipsija, svorio kritimas, regėjimo sutrikimai. Tiriant randama hiperglikemija.

Antro tipo diabetas dažnai nustatomas pavėluotai, nes 20–50 proc. tokių pacientų jau randamos komplikacijos. Todėl labai svarbi yra savalaikė šio diabeto tipo diagnostika. Simptomai ir požymiai: troškulys, poliurija, nikturija, pagyvenusių žmonių šlapimo nelaikymas, nuovargis, mieguistumas, nuotaikos pokyčiai (irzlumas), kūno masės mažėjimas, regos sutrikimai, pienligės infekcija genitalijose, recidyvuojanti infekcija (furunkulai, blogai gyjančios žaizdos), niežulys, skausmas ir tirpimai kojų, pėdų ir rankų srityse, kartais – sunkiai paaiškinami simptomai.

Norint išvengti diabeto hiperdiagnostikos, negalima diabeto diagnozės nustatyti remiantis gliukozurija ar kapiliariniame kraujyje gliukozės kiekiu. **Diabetas turi būti patvirtintas laboratorijoje tiriant glikemiją veninio kraujo plazmoje.** Galima nustatyti Hb A_{1C}. Hb A_{1C} padidėjimas rodytų ilgai trunkančią hiperglikemiją.

Gestacinis (nėščiųjų) diabetas ir kiti specifiniai diabeto tipai nustatomi pagal tuo pačius diagnostinius kriterijus kaip ir pirmo bei antro tipo diabetas (1 lentelė).

2 lentelė. Aktyviai cukrinio diabeto reikia ieškoti vyresniems nei 45 m. amžiaus asmenims, turintiems bent vieną iš šių rizikos veiksnių:

- nutukimas (KMI ≥27 kg/m^2)
- pirmos eilės giminės, sergantys diabetu (tėvai, broliai, seserys, vaikai)
- moterys, gimdžiusios >4 kg naujagimius ir turėjusios gestacinį cukrinį diabetą (GCD)
- padidėjęs AKS (≥140/90 mmHg)
- Didelio tankio lipoproteidų (DTL) ≤0,9 mmol/l ir/ar trigliceridų (Tg) ≥2,2 mmol/l
- buvę gliukozės toleravimo sutrikimai (GTS) ar sutrikusi glikemija nevalgius (SGN)
- kardiovaskulinės ligos
- diabetui būdingi simptomai.

Lėtinių komplikacijų rizikos veiksnių nustatymas

Rizikos veiksnius diabeto komplikacijoms išaiškinti padės:

- paciento šeimyninė, gretutinių ligų ir rūkymo anamnezė surinkta nustatant diagnozę;
- arterinio kraujo spaudimo, kūno masės, glikemijos svyravimų įvertinimas kiekvieno vizito metu;
- HbA_{1C} nustatymas kas 6 mėnesiai;
- Kasmet (esant pakitimams – ir dažniau):

- Cholesterolio, DTL, trigliceridų nustatymas
- albumino nustatymas šlapime; jei šis tyrimas negatyvus – ieškoti mikroalbuminurijos
- bendrų širdies-kraujagyslių ligų rizikos veiksnių įvertinimas.

Lėtinių komplikacijų nustatymas

Vieną kartą per metus būtina įvertinti paciento būklę diabetinių komplikacijų požiūriu:

- joms būdingų požymių išaiškinimas;
- paciento apžiūra;
- pėdų apžiūra ir rizikos žaizdoms nustatymas „monofilamento“ ir kitų tyrimų pagalba;
- EKG;
- mikroalbuminurijos (rytinio šlapimo porcijoje), baltymo paros šlapime nustatymas, albumino/kreatinino santykis;
- kreatinino serume nustatymas;
- atsiradus pastoviai proteinurijai ir (arba) sutrikus inkstų funkcijai (padidėjus ureai ar kreatininui), siųsti nefrologo konsultacijai. Jei kreatininas yra lygus/didesnis nei 180-200 mcmol/l, ligonis turi būti pastoviai monitoruojamas ir nefrologo;
- akių dugno tyrimas;
- cholesterolio ir kitų lipidų nustatymas.

Prieš skiriant gydymą 2 tipo diabeto atveju svarbu:

- apskaičiuoti kūno masės indeksą (KMI) tuo tikslu nustatyti kūno masę ir ūgį;
- išmatuoti arterinį kraujo spaudimą;
- ištirti akis;
- ištirti kojas ir pėdas (kalusas, neuropatija ir kt.);
- nustatyti periferinį pulsą kojose;
- įvertinti širdies veiklą.

CUKRINIO DIABETO GYDYMAS

Vaistai. Šiuo metu diabeto gydymui Lietuvoje iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšų kompensuojamos šios vaistų grupės:

1. vaistai įtakojantys gliukozės produkciją ir/arba gliukozės utilizaciją (didinantys jautrumą insulinui): **Biguanidai.**

2.

vaistai, skatinantys insulino sekreciją: **Sulfanilkarbamido dariniai** (trumpo ir prolonguoto veikimo).

3. **Insulino preparatai**.

Insulino preparatai grupuojami pagal **kilmę, veikimo trukmę ir vartojimo būdą.**

Pagal kilmę insulino preparatai skirstomi į:

1. Gyvulinės kilmės insuliną.
2. Pusiau sintetinį žmogaus insuliną.
3. Biosintetinį žmogaus insuliną.

Pagal veikimo trukmę insulino preparatai skirstomi į:

1. Rapid (greito) veikimo insuliną.
2. Trumpo veikimo insuliną.
3. Vidutinės veikimo trukmės insuliną.
4. Ilgos veikimo trukmės insuliną.

Pusiau sintetiniai ir biosintetiniai vidutinės veikimo trukmės žmogaus insulino preparatai pagal veikimo ypatumus gali būti monofaziniai ir bifaziniai (mišrūs).

Pagal vartojimo būdą insulino preparatai skirstomi į išleidžiamus buteliukuose (flakonuose) ir spec. pakuotėse.

Gydymo tikslas – metabolinių sutrikimų kontrolė (3 lentelė).

3 lentelė. Cukrinio diabeto kontrolės kriterijai

	Gera	Patenkinama	Bloga
Gliukozė krauj. Nevalgius	4,4-6,7	≤ 7,8	>7,8
Po valgio*	4,4-8,9	≤ 10,0	>10,0
HbA_1	<8,5%	8,5-9,5%	>9,5%
HbA_{1C}	<6,5%	6,5-7,5%	>7,5%
Gliukozurija	01	≤ 5%	>5%
Bendras cholesterolis mmol/l	<5,2	<6,5	>6,5
Trigliceridai mmol/l	<1,7	<2,2	≥2,2
Kūno masės indeksas kg/m^2	<25	27	>27
AKS mmHg	≤130/80	≤140/90	>140/90

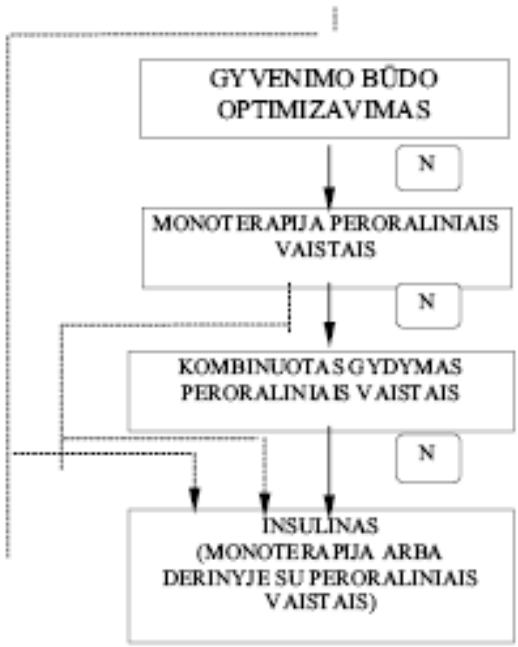
Paaiškinimai: HbA_{1C} – glikuotas hemoglobinas; * 1,5-2 val. po valgio; Hb A_{1C} tirtinas kas 3 mėn.

Nustačius 1 tipo cukrinį diabetą gydymas insulinu skiriamas iš karto ir insulinoterapija taikoma visą paciento gyvenimą. Insulino preparatai skiriami įvairiomis dozėmis kombinuojant prolonguoto veikimo su Rapid (greito) arba trumpo veikimo insulino preparatais.

2 tipo diabeto atveju tam tikrą laiką pacientas gali būti gydomas tik dieta arba dieta ir peroraliniais hipoglikemizuojančiais vaistais. Išsekus kasos funkcijai (HbA_{1C} >7,5 proc.) pacientai turi būti gydomi insulino preparatais. Gydymas vykdomas 4 etapais (1 pav.).

Gydymo etapiškumas atskiriems ligoniams yra labai individualus. Glikemijos korekcija gali būti pradėta nuo bet kurio gydymo etapo, įvertinus ligonio amžių, diabetines komplikacijas, gretutinius susirgimus, diabeto požymių išreikštumą.

PACIENTAS, SERGANTIS 2 TIPO CD



Paaiškinimai: CD – cukrinis diabetas; N – jei glikemijos kontrolė nėra pakankama, – pereiti į kitą gydymo etapą

1 pav. Bendroji gydymo strategija

Nemedikamentinis gydymas

Dieta ir fizinis aktyvumas turi būti taikoma pastoviai, nuo pat gydymo pradžios (2 pav.). Visi naujai susirgusieji cukriniu diabetu turi būti nukreipti slaugytojai-diabetologei arba dietologo konsultacijai. Sumažinto kaloringumo dieta reikalinga ligoniams, turintiems antsvorį. Didėjant kūno masei, būtina peržiūrėti ir mitybą, ir medikamentinį gydymą.

Pagrindinis dietinio gydymo principas – subalansuoti pagrindinių maisto medžiagų santykį ir mažinti riebalų kiekį maiste.

Fiziniai pratimai turėtų būti gydymo sudėtine dalimi. Pacientui reikia išaiškinti jų įtaką glikemijai, hipoglikemijų pavojų.

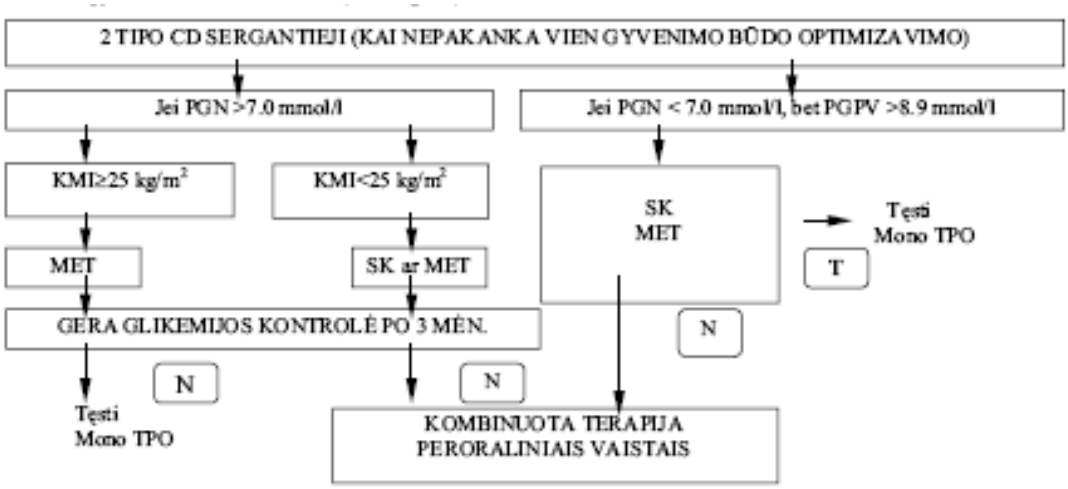


Paaiškinimai: CD – cukrinis diabetas; N – jei glikemijos kontrolė nėra pakankama, – pereiti į kitą gydymo etapą; T – tęsti įsisavintą gyvenimo būdą.

2 pav. Gyvenimo būdo optimizavimas

Gydymas peroraliniais hipoglikemizuojančiais vaistais

Pacientai, kuriems gyvenimo būdo optimizavimas per 4-12 savaičių nedavė reikiamo efekto, turi būti gydomi medikamentais (3 ir 4 pav.).



Paaiškinimai: PGN – plazmos gliukozė nevalgius; PGPV- plazmos gliukozė po valgio; MET – metforminas; SK – sulfonilkarbamido preparatai; MonoTPO – monoterapija peroraliniais vaistais; N – jei glikemijos kontrolė nėra pakankama, – pereiti į kitą gydymo būdą.

3 pav. Monoterapija peroraliniais vaistais (Mono TPO)



Paaiškinimai: MET – metforminas; SK – sulfonilkarbamido preparatai; Komb TPO – kombinuota terapija peroraliniais vaistais;

N – jei glikemijos kontrolė nėra pakankama, – pereiti į kitą gydymo būdą.

4 pav. Kombinuota terapija peroraliniais vaistais (Komb TPO)

Skiriant peroralinius hipoglikemizuojančius vaistus, reikėtų prisilaikyti tam tikrų principų:

 Pasirenkant vaistą, pradžioje reikia atsižvelgti į: a) glikemijos nevalgius ir/arba b) glikemijos po valgio lygius, c) kūno masės indeksą ir d) esančias diabeto komplikacijas.

 Jei paciento kūno masės indeksas ≥ 25 kg/m^2 pirmo pasirinkimo vaistai – biguanidai.

 Jei paciento kūno masės indeksas < 25 kg/m^2, skiriami sulfanilkarbamido grupės vaistai arba insulinas.

Pradžioje gydyti reikėtų vienu vaistu. Daugumai ligonių monoterapija peroraliniais vaistais gerą diabeto kontrolę užtikrina 5-7 metams. Vėliau reikia taikyti kombinuotą peroralinį gydymą arba insulino terapiją (4 pav.).

Kombinuoto gydymo atveju dažniausiai derinami biguanidai su sulfanilkarbamido dariniais.

Pradėjus gydymą peroraliniais vaistais visi pacientai turėtų būti iškart supažindinami ir su insulino terapija, kurios gali prireikti vėlesnėse cukrinio diabeto stadijose (5 lentelė).

5 lentelė. Indikacijos insulino terapijai 2 tipo cukrinio diabeto atveju:

 Sutrikusi glikemijos kontrolė skiriant maksimalias vaistų dozes, kai taikoma kombinuota peroralinė terapija. **Atsiradus diabetinėms komplikacijoms – gydoma biosintetiniais žmogaus insulino preparatais. Sergantieji 1 tipo cukriniu diabetu bei nėščios moterys sergančios diabetu, taip pat moterys, sergančios gestaciniu (nėščiųjų) diabetu, gydomos tik biosintetiniais žmogaus insulino preparatais.**

 Diabeto dekompensacija esant interkurentinei infekcijai
 Priešoperacinis ligonio paruošimas
 Nėštumas ir laktacija
 Gyvybinių organų pakenkimas
 Alergija ar kitos reakcijos į peroralinius priešdiabetinius preparatus
 Ryški hiperglikemija nuo pat diabeto nustatymo pradžios
 Ūmus miokardo infarktas

Kombinuotas gydymas insulinu ir peroraliniais hipoglikemizuojančiais vaistais

Šis kombinuotas gydymas taikomas a) kai vien peroralinis gydymas neduoda reikiamo efekto ir b)kai nutukę ligoniai jau buvo gydomi insulinu.

Jei kombinuotas peroralinis gydymas nedavė efekto (bloga diabeto kontrolė), skiriamas gydymas insulinu. Tikslingiau yra kartu su insulinu skirti metforminą, nes tada mažesnis pavojus didėti kūno masei. Gali būti skiriami insulino ir sulfanilkarbamido darinių deriniai, bet tada būtina stebėti kūno masės dinamiką.

Nutukusiems ligoniams rekomenduotinas gydymas viena vidutinio veikimo insulino (monofazinio ar bifazinio) injekcija ir metforminu. Pradinė insulino dozė turėtų būti 0,1-0,2 vv/kg ir didinama palaipsniui iki efektyvios. Tokiems ligoniams būtina savikontrolė.

Jei šis gydymas neefektyvus (bloga diabeto kontrolė), gali būti taikomos įvairios insulino švirkštimo schemos.

Ligoniams, sergantiems 2 tipo cukriniu diabetu ir neturintiems antsvorio, insulinas gali būti skiriamas kaip monoterapija. Permanentiniam gydymui insulino skiriama 0,7-0,8 vv/kg kūno masės, kartais – ir didesnės dozės.

Insulinas ir insulino analogas

Pradedant paciento gydymą insulinu, būtinas tamprus pirminio ir antrinio sveikatos priežiūros lygių medikų bendradarbiavimas, vienodas cukrinio diabeto kontrolės kriterijų ir jų korekcijos suvokimas ir interpretavimas.

2 tipo cukrinio diabeto atveju insulinas gali būti skiriamas iš karto tik diagnozavus ligą, kai yra išreikšta glikemija (>16 mmol/l). Vėliau gydymo strategija peržiūrima įvertinant paciento amžių, kūno masę bei metabolinių sutrikimų laipsnį.

Insulinas skiriamas įvairiomis schemomis:

 Viena arba dvi (ryte ir vakare) monofazinio vidutinės trukmės insulino injekcijos.
 Viena arba dvi bifazinio vidutinės trukmės insulino injekcijos.
 Trumpo veikimo insulino injekcijos prieš pagrindinius valgymus + vidutinės veikimo trukmės insulinas vakare.

Ligoniams, kuriems šios paprastos schemos neefektyvios, kombinuojamas gydymas vidutinės trukmės ir Rapid (greito) arba trumpo veikimo insulino preparatais keliomis injekcijomis.

Vyresnio amžiaus pacientams insuliną reikia skirti atsargiai, įvertinant lėtines komplikacijas ir gretutines ligas. Insuliną reikėtų rinktis tada, kai yra išreikšti hiperglikemijos požymiai.

Gydymo keitimo kriterijai

Antro tipo diabeto kontrolę vykdo bendrosios praktikos gydytojai, o pirmo tipo diabeto kontrolę vykdo gydytojai endokrinologai (antrinio lygio specialistai). **Jeigu HbA_{1C} randama daugiau kaip 7,5 proc., gliukozės kiekis plazmoje po valgio pastoviai būna didesnis nei 9 mmol/l, o nevalgius – pastoviai daugiau kaip 7,0 mmol/l, reikėtų peržiūrėti gydymą ir atitinkamai jį koreguoti.** Nesisekant tai padaryti per 3 mėn. – pacientas turi būti siunčiamas specialisto – gydytojo-endokrinologo konsultacijai. Paskyrus naują gydymą, jo efektyvumą reikėtų vertinti po 1-3 mėnesių.

Indikacijos antrinio lygio specialisto (endokrinologo) konsultacijai:
- Labili diabeto eiga
- 3 mėn. ir daugiau nekontroliuojamas diabetas
- Pirmosios cukrinio diabeto komplikacijos
- Diabetinių komplikacijų progresavimas.

Indikacijos tretinio lygio specialisto (endokrinologo) konsultacijai:
- 6 mėn. ir ilgiau nekontroliuojamas cukrinis diabetas (HbA_{1C}>9 proc.)
- Poliendokrinopatija
- Alergija insulinui
- Diabetinės nefropatijos 3-5 stadijos
- Prieš ir po inkstų transplantacijos
- Neurologinės komplikacijos:
  - diabetinė amiotrofija,
  - neuroišeminės opos,
  - autonominė neuropatija, kai pažeistas organas arba sutrikusi jo funkcija,
  - diabetinė artropatija.
- Pirmą kartą nustatytas cukrinis diabetas, esant neaiškiam diabeto tipui
- Specialus cukrinio diabeto ištyrimas (Z13.1)
- Cukrinis diabetas ir nėštumas; Nėščiųjų cukrinis diabetas:
  - priežiūra visą nėštumo laikotarpį (ne rečiau kaip 3 kartus per nėštumą)
  - aktyvus diabetinių komplikacijų dinamikos stebėjimas ir korekcija
  - sergančiųjų cukriniu diabetu kontrolė planuojant nėštumą.

Antro tipo cukrinio diabeto etapinio gydymo schemos

Pirmas etapas
Gydymas dieta + padidintu fiziniu aktyvumu. Etapo trukmė nuo kelių mėn. iki kelių metų.

Antras etapas
a) Gydymas esant padidintai kūno masei
Dieta + padidintas fizinis aktyvumas + biguanidai.
Biguanidų leistina paros dozė 3,0 g.
Etapo trukmė iki kelių ar keliolikos metų.

b) Gydymas esant normaliai kūno masei

Dieta + padidintas fizinis aktyvumas + prolonguoto veikimo gliklazidas. Galimas gydymas ir paprastu gliklazidu arba glimepiridu. Pirmenybė turi būti teikiama prolonguoto veikimo preparatams. Gliklazidas ypač skirtinas vyresniems, nes pasižymi ir antiagregaciniu-angioprotekciniu poveikiu. Prolonguoto gliklazido leistina paros dozė 120 mg, trumpo veikimo – 320 mg. Glimepirido leistina paros dozė 6 mg.

Etapo trukmė iki kelių ar keliolikos metų.

Trečias etapas *(kombinuotas gydymas peroraliniais vaistais)*

Gydymas dieta + padidintas fizinis aktyvumas + sulfanilkarbamido preparatai + biguanidai.

Etapo trukmė iki kelerių metų.

Skirtinas gliklazidas arba glimepiridas + biguanidas.

Ketvirtas etapas

Gydymas dieta + padidintas fizinis aktyvumas + glibenklamidas arba glikvidonas (vystantis kasoje β ląstelių atrofiniams pokyčiams, reikia siekti stipresnio stimuliuojančio poveikio). Skirti šiuos vaistus praėjus ne mažiau 3-5 metams nuo diabeto diagnozavimo *(keičiant gliklazidą arba glimepiridą).* Glikvidonas indikuotinas inkstų pakenkimo atveju. Leistina glibenklamido paros (mikronizuoto) dozė – 10,5 mg, paprasto 15 mg.

Leistina glikvidono paros dozė 180 mg per dieną.

Etapo trukmė iki kelerių ar keliolikos metų.

Penktas etapas *(kombinuotas gydymas peroraliniais vaistais + insulinas)*

Gydymas dieta + padidintas fizinis aktyvumas + sulfanilkarbamido preparatai arba biguanidai + insulinas.

Etapo trukmė iki kelerių metų.

Galimi deriniai:

Gliklazidas + vidutinės veikimo trukmės bifazinis arba monofazinis insulinas 1-2 kartus per dieną

Glimepiridas + vidutinės veikimo trukmės bifazinis arba monofazinis insulinas1-2 kartus per dieną

Glibenklamidas + vidutinės veikimo trukmės bifazinis arba monofazinis insulinas 1-2 kartus per dieną

Biguanidai + vidutinės veikimo trukmės monofazinis ar bifazinis insulinas 1-2 kartus per dieną.

Biguanidai + sulfanilkarbamido preparatai + vidutinės veikimo trukmės monofazinis ar bifazinis insulinas 1-2 kartus per dieną.

Visais šiais atvejais galima ir Rapid (greito) arba trumpo veikimo insulino injekcija prieš pietus.

Šeštas etapas

Gydymas dieta + padidintas fizinis aktyvumas + insulinas

Etapo trukmė – nuolatinė.

Galimi deriniai:

- Vidutinės veikimo trukmės bifazinis insulinas 2xd + trumpo arba Rapid (greito) veikimo insulinas 1xd.
- Vidutinės veikimo trukmės monofazinis insulinas 2xd + Rapid (greito) arba trumpo veikimo insulinas 1-3xd.
- Vidutinės veikimo trukmės monofazinis insulinas 1xd + trumpo veikimo insulinas 3xd.

Galimos ir kitos gydymo antidiabetiniais vaistais schemos.

VAIKŲ CUKRINIO DIABETO GYDYMAS

Vaikų cukrinio diabeto priežastimi yra Langerhans'o salelių β ląstelių autoimuninis insulitas.

Insuliną gaminančių ląstelių blokavimas antikūnais ar jų suardymas sukelia absoliutų insulino trūkumą organizme, kurį tenka kompensuoti nuolatiniu egzogeninio insulino švirkštimu.

Cukriniu diabetu sergantiems vaikams pakaitiniam gydymui naudojami fiziologiškiausiai veikiantys biosintetiniai žmogaus insulino preparatai, kurie skirstomi pagal veikimo trukmę:

Rapid (greito) veikimo.

Trumpo veikimo.

Vidutinės veikimo trukmės.

Ilgo veikimo trukmės.

Rapid (greito) veikimo insulinas fiziologiškiausiai imituoja kasos insulino sekreciją po valgio, todėl geriau apsaugo nuo pagrindinius valgymus lydinčios hiperglikemijos. O tai ir yra pagrindinis diabeto gydymo tikslas.

Dažniausiai vartojamos pakaitinio gydymo insulinu schemos:

Ryte ir vakare – vidutinės veikimo trukmės insulinas;

Pagrindinių valgymų metu – Rapid (greito) veikimo insulinas.

Ryte ir vakare – vidutinės veikimo trukmės insulinas;

Pagrindinių valgymų metu – trumpo veikimo insulinas.

Vidutinė statistinė insulino paros dozė vaikams apskaičiuojama:

0 – 9 metų amžiaus vaikams 0,5 – 1v. v./kg

10 – 15 metų amžiaus vaikams 1 – 1,5v. v./kg.

PATVIRTINTA
Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos
ministro 2002 m. rugpjūčio 14 d.
įsakymu Nr. 422

DIALIZUOJAMŲ PACIENTŲ IR LIGONIŲ PO INKSTŲ PERSODINIMO (TLK-10 KODAI Z49, Z94.0) DIAGNOSTIKOS BEI AMBULATORINIO GYDYMO KOMPENSUOJAMŲ IŠ PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO FONDO BIUDŽETO LĖŠŲ METODIKA

I. GYDYMO ALFA IR BETA EPOETINAIS (EPO) PREDIALIZINIAMS LIGONIAMS IR LIGONIAMS PO INKSTŲ TRANSPLANTACIJOS METODIKA

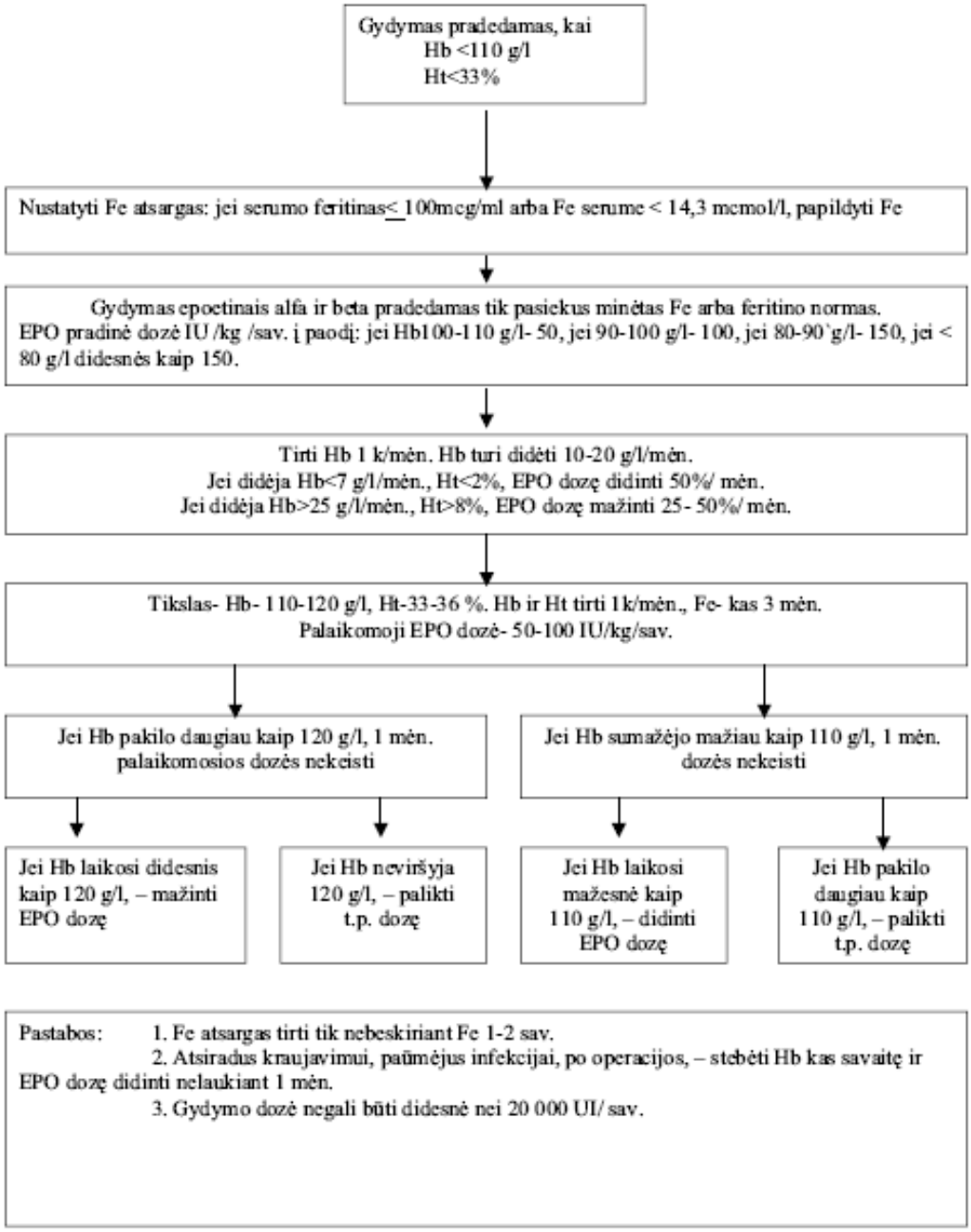
Gydymo tikslas – palaikyti vidutinišką Hb koncentraciją 115 g/l.

Gydymas pradedamas, kai Hb <110 g/l ir Ht<33%, nustačius Fe atsargas. Jei serumo feritinas≤ 100mcg/ml arba Fe serume < 14,3 mcmol/l, papildyti Fe. Gydymas alfa ir beta (EPO) epoetinais pradedamas tik pasiekus minėtas Fe arba feritino normas. EPO pradinė dozė IU /kg /sav. į paodį: jei Hb100-110 g/l-50, jei 90-100 g/l-100, jei 80-90`g/l-150, jei < 80 g/l-daugiau kaip 150. Tirti Hb 1 k/mėn. Hb turi didėti 10-20 g/l/mėn. Jei didėja Hb<7 g/l/mėn., Ht<2%, EPO dozę didinti 50%/ mėn. Jei didėja Hb>25 g/l/mėn., Ht>8%, EPO dozę mažinti 25- 50%/ mėn. Gydymo tikslas- Hb-110-120 g/l, Ht-33-36 %. Pasiekus norimą lygį, Hb ir Ht tirti 1k/mėn., Fe- kas 3 mėn. Palaikomoji EPO dozė- 50-100 IU/kg/sav. Jei Hb pakilo daugiau kaip 120 g/l, 1 mėn. palaikomosios dozės nekeisti. Jei Hb laikosi didesnis kaip 120 g/l-mažinti EPO dozę. Jei Hb neviršija 120 g/l-palikti t. p. dozę. Jei Hb sumažėjo mažiau kaip 110 g/l, 1 mėn. dozės nekeisti. Jei Hb laikosi mažesnis kaip 110 g/l-didinti EPO dozę. Jei Hb pakilo virš 110 g/l–palikti t. p. dozę. Jei Hb pakyla daugiau kaip 130 g/l ir naudojant minimalias EPO dozes toliau laikosi 1 mėn. didesnis kaip 120 g/l-gydymą EPO laikinai nutraukti (1 schema).

---

1 schema

GYDYMO ALFA IR BETA EPOETINAIS (EPO) PREDIALIZINIAMS LIGONIAMS IR LIGONIAMS PO INKSTŲ TRANSPLANTACIJOS METODIKA



II. DIALIZUOJAMŲ LIGONIŲ GYDYMO alfa ir beta EPoETINais (EPO) METODIKA

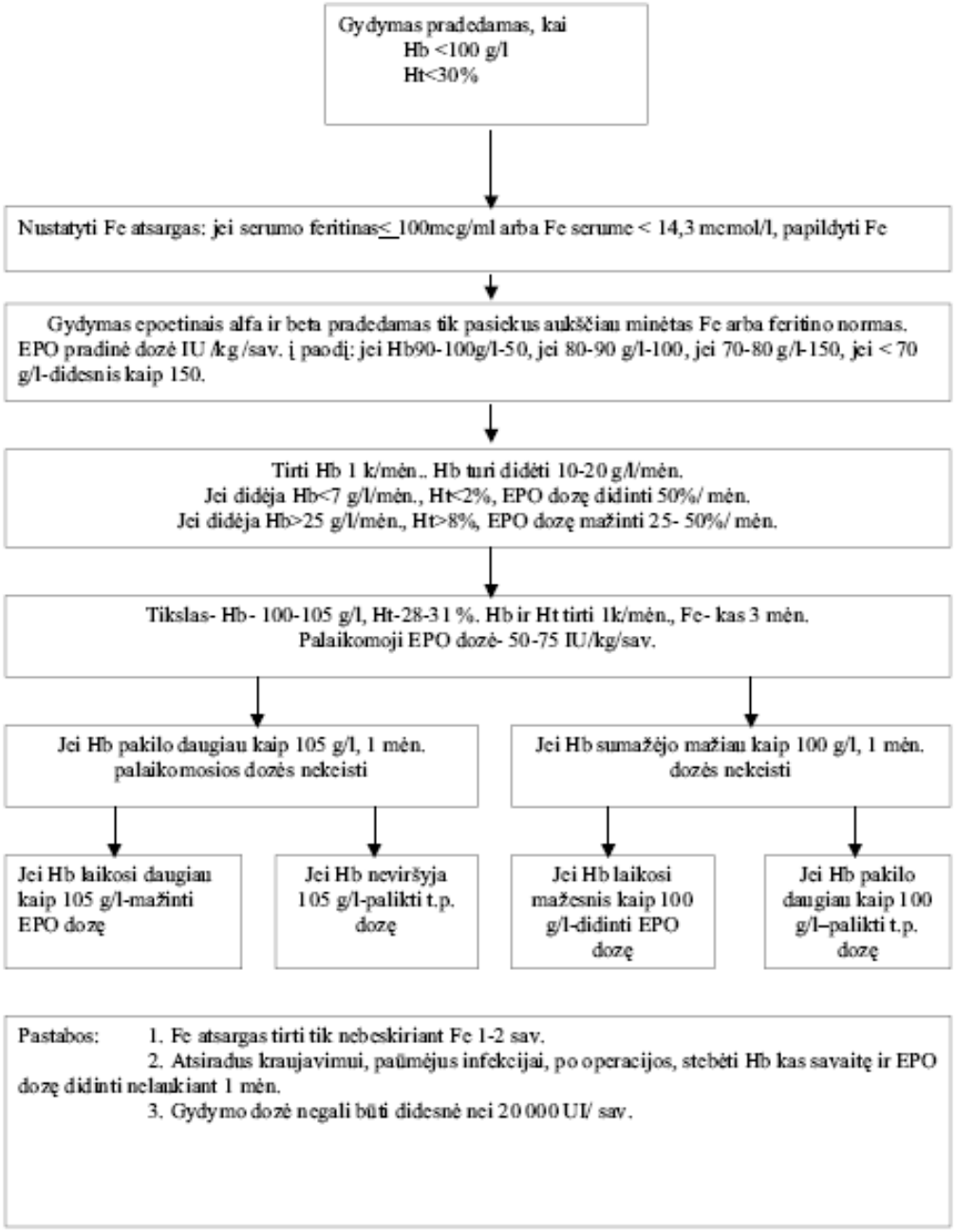
Gydymo tikslas- palaikyti vidutinišką Hb koncentraciją 100 g/l.

Pradedame gydymą, kai Hb <100 g/l ir Ht<28%, nustačius Fe atsargas: jei serumo feritinas ≤ 100mcg/ml arba Fe serume < 14,3 mcmol/l, papildyti Fe. Gydymas epoetinais alfa ir beta (EPO) pradedamas tik pasiekus minėtas Fe normas. EPO pradinė dozė IU /kg /sav. į paodį: jei Hb 90-100g/l-50, jei 80-90 g/l- 100, jei 70-80g/l-150, jei < 70 g/l-daugiau kaip 150. Tirti Hb 1 k/mėn. Hb turi didėti 10-20 g/l/mėn. Jei didėja Hb<7 g/l/mėn., Ht<2%, EPO dozę didinti 50%/ mėn. Jei didėja Hb>25 g/l/mėn., Ht>8%, EPO dozę mažinti 25- 50%/ mėn. Gydymo tikslas- Hb- 100-105 g/l, Ht-28-31 %. Pasiekus norimą lygį, Hb ir Ht tirti 1k/mėn., Fe-kas 3 mėn. Palaikomoji EPO dozė-50-75 IU/kg/sav. Jei Hb pakilo daugiau kaip 105 g/l, 1 mėn. palaikomosios dozės nekeisti. Jei Hb laikosi daugiau kaip 105 g/l-mažinti EPO dozę. Jei Hb neviršija 105 g/l- palikti t. p. dozę. Jei Hb sumažėjo mažiau 100 g/l, 1 mėn. dozės nekeisti. Jei Hb laikosi mažesnis 100 g/l,-didinti EPO dozę. Jei Hb pakilo daugiau kaip 100 g/l–palikti t. p. dozę. Jei Hb pakyla daugiau kaip 115 g/l ir naudojant

minimalias EPO dozes toliau laikosi 1 mėn. didesnis kaip 100 g/l-gydymą EPO laikinai nutraukti (2 schema).

2 schema

DIALIZUOJAMŲ LIGONIŲ GYDYMO ALFA IR BETA EPOETINAIS (EPO) METODIKA



III. ALFAKALCIDOLIO SKYRIMO INDIKACIJOS ESANT ANTRINIAM HIPERPARATIREOIDIZMUI

Sergant lėtiniu inkstų funkcijos nepakankamumu vystosi antrinis hiperparatireoidizmas, t. y. mažėja kalcio ir didėja parathormono (PTH) kiekis kraujo serume. Kad būtų užblokuota paraskydinių liaukų hiperfunkcija ir pagerėtų kalcio rezorbcija žarnyne, skiriamas alfacalcidolis (aktyvusis D_3 vitaminas).

Jis indikuotinas, kai:

1. PTH norma (18,2 – 74 pg/ml, o kalcio kiekis < 2,2 mmol/l – alfakalcidolio skiriama 0,25-0,5 mkg/d.

2. PTH > 2-5 kartus už normą, o kalcio kiekis – norma (2,2 – 2,7 mmol/l) arba < 2,2 mmol/l, alfakalcidolio skiriama 0,5 – 1,0 mkg/d.

3. PTH > 5-10 kartų už normą, o kalcio kiekis – norma arba < 2,2 mmol/l, alfakalcidolio skiriama 2,0 mkg/d.

4. PTH > 10 kartų už normą, o kalcio kiekis – norma arba < 2,2 mmol/l, alfakalcidolio skiriama maksimali dozė – 4 mkg/d arba „puls“ terapija; 4-8 mg/3 kartus per savaitę.

Pastaba: alfacalcidolis neskiriamas, kai fosforo kiekis viršija 2,0 mmol/l, nepaisant padidėjusio PTH ar sumažėjusio kalcio kiekio kraujo serume.

IV. IMUNOSUPRESIJOS PO INKSTŲ TRANSPLANTACIJOS SCHEMOS

Rizikos laipsnis	**Recipientai**	**Bazinė imunosupresija**
Įprastas	1) recipientas nesensitizuotas, inkstas kadaverinis, HLA dermė- ≥ 3bendri Ag iš 6 . 2) recipientas nesensitizuotas, inkstas gyvo donoro, HLA dermė -1-6 bendri Ag iš 6 3) limfocitotoksinų iki 50 proc., inkstas gyvo donoro su HLA dermė-6bendri Ag iš 6	Methylprednizolonas, Azatioprinas, Ciklosporinas (CsA) Methylprednizolonas, Azatioprinas, Ciklosporinas Methylprednizolonas, Azatioprinas, Ciklosporinas
Vidutinis	1) inkstų nepakankamumas išsivystė dėl autoimuninių ligų 2) po pakartotinės transplantacijos 3) asmenys iki 18 metų ir audinių dermė -< 3 bendri Ag iš 6	Methylprednizolonas, Mikofenolato mofetilis, Ciklosporinas
Didelis	1) recipientas sensitizuotas >50 %, inkstas kadaverinis, HLA dermė -<3 bendri Ag iš 6 2) recipientas sensitizuotas >50%, pakartotinis persodinimas, kadaverinis ar gyvo donoro inkstas, HLA dermė- 0-6 bendri Ag iš 6 3) recipientas sensitizuotas >50%, pakartotinė transplantacija, praeityje transplantatas atmestas per pirmuosius metus dėl imuninės priežasties 4) recipientas sensitizuotas >50%, asmenys iki 18 m., inkstas kadaverinis ar gyvo donoro, HLA dermė -0-6bendri Ag iš 6 5) kai yra steroidams atsparios atmetimo reakcijos.	Ciklosporinas, Methylprednizolonas, Mikofenolato mofetilis

V. HIPERKALEMIJOS GYDYMO TAKTIKA

Kalio kiekiui organizme padidėjus iki 7,5 mmol/l, kyla asistolijos grėsmė.

Kai ligonio organizmas, nepaisant hemodializės, kaupia kalį ir tarp hemodializių vystosi hiperkalemija (kalio kiekis kraujo serume > 6 mmol/l), būtina:

1) Dieta, ribojant kalio kiekį: vengti maisto produktų, kuriuose daug kalio, pavyzdžiui, vaisiai ir daržovės, ypač džiovinti vaisiai, riešutai, arbata, kava, konservuoti ir rauginti produktai ir

kt; specialiai ruošti maistą, pvz., bulves prieš gaminant 2-3 val. mirkyti vandenyje jį nuolat keičiant, taip pat rekomenduojamas troškintas arba garuose virtas maistas.

2) Jeigu dieta neefektyvi, esant uždegimui, audinių griuvimui, anurijai, reikia skirti sorbisteritą. Jis skiriamas, kai kalio kiekis kraujo serume ≥ 6,0 mmol/l. Pradinė dozė, atsižvelgiant į kūno svorį, 20-40 g/d per os. Maksimali dozė – 60 g/d. Kai kalio koncentracija kraujo serume sumažėja iki 5,0 mmol/l, šio medikamento dozė sumažinama iki minimalios – 20 g/d arba nutraukiama.

3) Sorbisteritas skiriamas ir tais atvejais, kai dėl kokių nors priežasčių: kraujavimo, žaizdos hematomos operacijos atlikti negalima, o kalio kiekis ligonio kraujo serume didėja.

Pastaba: kontraindikacijos nurodytos aprašyme.

VI. IMUNOSUPRESIJA PO INKSTŲ TRANSPLANTACIJOS (ambulatorinė)

Ligoniams po inksto transplantacijos imunosupresantus (methylprednizoloną, azatiopriną, ciklosporiną, mikofenolato mofetilį) skiria gydytojai nefrologai ir vaikų nefrologai, o bendrosios praktikos gydytojai bei pediatrai – 3 mėn. po nefrologo konsultacijos.

Mėnesiai	**Ciklosporinas (pagal koncentraciją kraujo serume)**	**AZATIOPRINAS**	**Methylpred-nizolonas**	**Mikofenolato mofetilis**
1 mėn. po Tx	250 – 350 ng/ml	2 mg/kg	12 mg	2,0 –3,0 g/d*
2 mėn. po Tx	150 – 200 ng/ml		10 mg	2,0 –3,0 g/d
3 mėn. po Tx ir vėliau	100 – 150 ng/ml		8 mg	2,0 –3,0 g/d

* Pastaba: apmokama iš Žmogaus organų ir audinių transplantacijos programos lėšų.

Ciklosporino koncentracijos kontrolė

1. Sandimuno koncentracija nustatoma EMIT tyrimo metodu.
2. Matuojama mažiausia koncentracija kraujyje.
3. Jeigu dozė keičiama, ciklosporino koncentracija matuojama po 3 vaisto skilimo pusperiodžių, t. y. po 72 val.
4. Gydant tam tikrais vaistais (pvz., CYP 3A4 inhibitoriais), ciklosporino koncentracija ypatingai didėja, todėl kocentracija turi būti nustatoma dažniau.

VII. INDIKACIJOS IR DOZAVIMAS

Vaisto pavadinimas	**Indikacijos**	**Dozavimas**
Ganciklovirаs	Kai inksto donoras turi teigiamų CMV antikūnių, o recipientas neturi (D+/R-), 3 mėn. po transplantacijos skiriamas profilaktinis gydymas po 1 g 3 kartus per dieną. Po persirgtos ūmios CMV infekcijos ir viremijos (PP 65 teigiamas, t. y. >0 teigiamų leukocitų iš peržiūrėtų, nustatomas APAAP metodu) toliau tęsiamas ambulatorinis peroralinis gydymo kursas iki 4 mėn. Jei buvo gydyta ūmi CMV infekcija, bet PP 65 neigiamas, ganciklovirаs skiriamas tik gydytojų konsiliumo sprendimu.	1 g 3 kartus per dieną
Fluconazolis	Grybelinei infekcijai po inksto	Burnos ir ryklės kandidozė gydoma

	transplantacijos: burnos, virškinamojo trakto, šlapimo takų, odos, t. p. išaugus grybeliui iš skreplių, pasėlyje iš genitalijų, skiriamas Fluconazolis.	skiriant 100 mg (prireikus po 200 mg) per parą 7-14 dienų; stemplės ir žarnyno kandidozė – tokia pačia doze 14-30 dienų, genitalijų kandidozė – 150–200 mg per savaitę iki pusės metų; odos kandidozė – 50-100 mg per dieną (ilgiausiai 6 sav.); sisteminei kandidozei – 200-400 mg per parą iki 6-8 sav.

PATVIRTINTA
Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos
ministro 2002 m. rugpjūčio 14 d.
įsakymu Nr. 422

EPILEPSIJOS DIAGNOSTIKOS BEI AMBULATORINIO GYDYMO, KOMPENSUOJAMO IŠ PSDF BIUDŽETO, METODIKA

I. EPILEPSIJOS DIAGNOZĖS NUSTATYMAS

1. Epilepsija diagnozuojama ir ilgalaikis medikamentinis gydymas skiriamas įvykus 2 ir daugiau epilepsijos priepuolių.

2. Epilepsija diagnozuojama:

2.1. įvertinus anamnezę:

2.1.1. klinikinius priepuolių požymius, trukmę ir aplinkybes,

2.1.2. prenatalinio ir perinatalinio periodo komplikacijas,

2.1.3. nervų sistemos raidą ir būklę iki priepuolių pradžios,

2.1.4. neuroinfekcijas, traumas, insultus, intoksikacijas praeityje,

2.1.5. febrilinius ar kitus traukulius,

2.1.6. šeiminę anamnezę epilepsijos ar kitų nervų sistemos ligų požiūriu,

2.1.7. priklausomybę nuo alkoholio ar toksinių medžiagų;

2.2. atlikus elektroencefalogramą (EEG), kurios tikslas:

2.2.1. patvirtinti epilepsijos diagnozę,

2.2.2. nustatyti epileptogeninio židinio vietą,

2.2.3. klasifikuoti epilepsijos formą,

2.2.4. atmesti neepilepsinės kilmės priepuolius,

2.2.5. įvertinti gydymo efektyvumą,

2.2.6. spręsti dėl gydymo vaistais nuo epilepsijos (toliau – VNE) baigimo.

3. Miego EEG ir ilgalaikė EEG stebėsena atliekama, kai būdravimo EEG nepakanka epilepsijos diagnozei patvirtinti, jos formai nustatyti ar tiksliai epileptogeninio židinio vietai surasti spendžiant dėl operacinio gydymo.

4. Magnetinio rezonanso tomografija (MRT) indikuotina:

4.1. įtarus židininę epilepsiją,

4.2. esant neklasifikuotų ar generalizuotų priepuolių, prasidėjusių ikimokyklinio amžiaus vaikams,

4.3. nustačius pastovių ar progresuojančių židininių neurologinių požymių klinikinio ar neuropsichologinio tyrimo metu,

4.4. esant priepuolių, nors taikomas gydymas.

5. Kompiuterinė tomografija (KT) atliekama, kai nėra galimybės atlikti MRT arba reikia skubaus vaizdo tyrimo.

6. MRT ir KT rezultatai interpretuojami atsižvelgiant į klinikinius požymius.

7. Klinikiniai kraujo bei kepenų fermentų tyrimai atliekami įtarus nepageidaujamą VNE poveikį ar padidėjus jų atsiradimo rizikai bei valproatus vartojant jaunesniems nei 2 metų amžiaus vaikams.

8. VNE koncentracijos plazmoje tyrimai atliekami, kai:

8.1. priepuoliai kartojasi skyrus gydymą,

8.2. reikia koreguoti vaisto dozę,

8.3. vaistai blogai toleruojami,

8.4. įtariamas nuo dozės priklausantis nepageidaujamas vaistų poveikis,

8.5. įtariama nepageidaujama vaistų sąveika,

8.6. įtariamas gydymo režimo pažeidimas,

8.7. nenumatytai kinta VNE koncentracija (pvz., dėl nėštumo, hipoalbuminemijos,

kepenų nepakankamumo, uremijos, virškinimo sutrikimų, interkurentinių ligų).

9. Psichologo konsultacija padeda patikslinti diagnozę, įvertinti ligos eigą bei psichoemocinius sutrikimus. Ji atliekama, įtarus pažinimo funkcijų, emocijų ar elgesio pakitimų, taip pat priešoperacinio tyrimo metu.

II. EPILEPSIJOS GYDYMAS

10. Ištikus dviem, ar daugiau kliniškai patvirtintų epilepsijos priepuolių, pradedamas ilgalaikis gydymas VNE. Tokiu atveju EEG pakitimų nebuvimas nepaneigia epilepsijos diagnozės.

11. Epilepsija gali būti diagnozuojama ir gydymas skiriamas po vieno epilepsijos priepuolio ar pasikartojančių išprovokuotų priepuolių (didelė rizika), kai:

11.1. yra struktūrinio nervų sistemos pažeidimo požymių,

11.2. ryškūs pakitimai EEG,

11.3. pirmasis priepuolis tęsėsi 15 min. ar ilgiau.

12. Po dviejų priepuolių galima neskirti gydymo (maža rizika), kai:

12.1. nepakanka klinikinių ir EEG duomenų apie epilepsinę priepuolių kilmę,

12.2. pirmąjį ir antrąjį priepuolius skiria ne trumpesnis nei vienerių metų laikotarpis.

13. Gydymo indikacijos nustatomos individualiai, įvertinus priepuolių riziką bei paciento gyvenimo būdo ypatumus. Vertinant gydymo efektą, atsižvelgiama į galimus gydymo režimo pažeidimus.

14. VNE skiria ir koreguoja gydytojas neurologas (vaikų neurologas). Gydymą paskirtais VNE gali tęsti bendrosios praktikos gydytojas (terapeutas arba pediatras) pagal galiojančius teisės aktus.

III. EPILEPSIJOS GYDYMO PROTOKOLAS

15. Diagnozavus epilepsiją, skiriami vieni vaistai (monoterapija) ir taikomas terapinis mokymas.

16. Vaisto dozė didinama iki maksimalios toleruojamos (kliniškai ar stebint plazmos koncentraciją) arba kol priepuoliai nebesikartoja.

17. Jei priepuoliai nesikartoja, gydymas tęsiamas 2-5 m. nuo paskutiniojo priepuolio, dėl gydymo nutraukimo sprendžiama individualiai.

18. Jei gydymo režimas nepažeidžiamas, bet priepuoliai kartojasi, gydymas pirmaisiais vaistais palaipsniui keičiamas kitais (monoterapija).

19. Jeigu dvi monoterapijos neduoda efekto (priepuoliai tokie kaip ir iki gydymo) arba tik iš dalies efektyvios (priepuoliai retesni ir lengvesni), pradedama politerapija.

20. Jei vartojant dvejus vaistus priepuoliai žymiai palengvėja, nėra nepageidaujamos reakcijos į vaistus, tęsiama politerapija.

21. Jei priepuoliai nesikartoja, svarstoma dėl gydymo pirmaisiais vaistais užbaigimo, tęsiant gydymą antraisiais.

22. Jei priepuoliai nepasikeitė, antrieji vaistai keičiami kitais.

23. Priepuoliams kartojantis, skiriami kiti vaistų deriniai.

24. Apie VNE keitimą, papildymą kitais arba gydymo nutraukimą kiekvienu atveju sprendžiama pasiekus terapinę vaisto dozę ir/ar terapinę vaisto koncentraciją kraujo plazmoje ir praėjus ne trumpesniam kaip dviem tarppriepuoliniams periodams laikotarpiui.

25. Įprastos VNE dozės:

Vaistas	**ĮPRASTA PALAIKOMOJI PAROS DOZĖ**	
	Vaikams (mg/kg)	***Suaugusiesiems (mg)***
Valproatas	20 – 30 (60)	1000-2500
Karbamazepinas	10 – 20 (30)	400-1800
Okskarbazepinas	30 (40)	600-2400
Sultiamas	5 (10)	

Etosukcimidas	20 – 40	500-2000
Lamotriginas	2-15	100-400
Topiramatas	3 – 9	200-600
Nitrazepamas	0,5	
Klonazepamas	0,1 – 0,2	2-6
Diazepamas (vienkartinė dozė)	0,5 – 1	10-20
Gabapentinas	25-35 (60)	900-3600
Vigabatrinas	40-80 (100)	1000-3000
Fenitoinas	4 – 8	200-300
Fenobarbitalis	2 – 5	60-180
Primidonas	5 – 20	750-1000

26. Priepuoliams kartojantis, visų VNE dozės didinamos iki didžiausios toleruojamos ar veiksmingos.

27. Taikant politerapiją, įvertinama vaistų sąveikos ir nepageidaujamo poveikio tikimybė. Politerapijai taikant fenitoiną, būtina stebėti jo koncentraciją plazmoje.

28. Vaistai atskiroms epilepsijos formoms gydyti:

Epilepsijos forma ir kodas pagal TLK- 10	***Pirmojo pasirinkimo vaistai***	***Antrojo pasirinkimo vaistai***
Židininė idopatinė epilepsija (Rolando) G40.0	Valproatas Sultiamas Karbamazepinas Okskarbazepinas	Klonazepamas Nitrazepamas Fenitoinas Gabapentinas*
Simptominė ir kriptogeninė (paprastieji ar sudėtingieji židininiai priepuoliai su antrine generalizacija ar be jos) G40.1, G40.2	Karbamazepinas Okskarbazepinas Valproatas Fenitoinas Lamotriginas* Topiramatas* Gabapentinas*	Fenobarbitalis Primidonas Nitrazepamas Klonazepamas Sultiamas
Generalizuota idiopatinė epilepsija G40.3 □ Absansai	Valproatas Etosukcimidas Lamotriginas* Topiramatas* Nitrazepamas Klonazepamas	Fenobarbitalis
□ Mioklonijos	Valproatas Klonazepamas Lamotriginas* Topiramatas*	Etosukcimidas
□ Generalizuoti toniniai –kloniniai traukuliai	Valproatas Lamotriginas* Topiramatas*	Fenobarbitalis Karbamazepinas Okskarbazepinas Fenitoinas Primidonas
Specialieji sindromai G40.4		
□ West	Valproatai Klonazepamas Nitrazepamas Lamotriginas* Topiramatas*	
□ Lennox-Gastaut ir miokloninė-astatinė epilepsija	Valproatai Lamotriginas* Topiramatas* Klonazepamas Nitrazepamas	Karbamazepinas Okskarbazepinas Fenobarbitalis

	Etosukcimidas	
Sindromai su bioelektrine epilepsine būkle miego metu (ESES) G40.8	Etosukcimidas Valproatas Sultiamas Klonazepamas Nitrazepamas Topiramatas*	Lamotriginas* Karbamazepinas Okskarbazepinas Gabapentinas*
Komplikuoti febriliniai traukuliai G40.8	Valproatas Fenobarbitalis Klonazepamas Nitrazepamas Topiramatas*	Etosukcimidas Lamotriginas*

* – Vaistai skiriami neurologų konsiliumo tretinio lygio paslaugas teikiančiose sveikatos priežiūros įstaigose, dalyvaujant padalinio vadovui, nustačius gydymui atsparios epilepsijos formą arba esant kontraindikacijų, skirti kitus VNE. Konsiliumo sprendimas galioja 1 metus ir juo vadovaudamasis vėliau šiuos vaistus skiria ir gydymą koreguoja gydantis neurologas (vaikų neurologas).

29. Atspari gydymui epilepsija nustatoma, jei po dviejų mėnesių gydymo dviem VNE, epilepsijos priepuoliai kartojasi.

30. Jei priepuoliai vartojant vaistus kartojasi, 2 metų laikotarpiu turi būti išbandyti visi prieinami VNE ar jų deriniai ir svarstoma dėl chirurginio gydymo.

IV. EPILEPSIJOS GYDYMO UŽBAIGIMAS

31. Epilepsija gydoma 2–5 metus nuo paskutiniojo priepuolio. Tai priklauso nuo ligos formos, eigos ir sunkumo.

32. Idiopatinių vaikystės epilepsijų gydymą galima užbaigti po 2 m. nuo paskutiniojo priepuolio, jei EEG pakitimų nelieka (išskyrus jaunuolių miokloninę epilepsiją, kuomet gydoma visą jaunystės laikotarpį ar visą gyvenimą).

33. Ilgiau (iki 5 m. nuo paskutiniojo priepuolio) gydomos simptominės bei kriptogeninės epilepsijos, taip pat vyresniame amžiuje prasidėjusios ligos formos ir kai priepuoliai ilgai kartojosi gydymo pradžioje.

_____

PATVIRTINTA
Lietuvos Respublikos sveikatos
apsaugos ministro 2002 m.
rugpjūčio 14 d. įsakymu Nr. 422

GLAUKOMOS (H 40-42) GYDYMO METODIKA

I. PROBLEMA

1. Glaukoma – neurodegeneracinė liga, kuriai būdingas tinklainės ganglinių ląstelių ir jų aksonų žuvimas, regos nervo disko audinio remodeliavimas bei vidinių tinklainės sluoksnių pokyčiai. Dažniausiai šios ligos eiga yra lėtinė, besimptomė (išskyrus priepuolinės glaukomos atvejus), todėl pacientai retai kada kreipiasi į gydytojus pradinėse ligos stadijose, kuomet dar galima sustabdyti ligos progresavimą ir išsaugoti geras regėjimo funkcijas. Glaukoma yra viena dažniausių negrįžtamo aklumo priežasčių pasaulyje.

2. Glaukoma klasifikuojama pagal TLK-10.

3. Akispūdžio vertinimas:

3.1. kompensuotas akispūdis (a) < 21 mm Hg;

3.2. nekompensuotas akispūdis (b) > 21 mm Hg.

4. Glaukomos stadijos pagal A. Nesterovą – A. Buniną arba pagal J. J. Kanski.

5. Glaukomos rizikos veiksniai

Kontroliuojami	Nekontroliuojami
Akispūdis Kraujagyslinė disreguliacija	Amžius Lytis Šeiminė anamnezė Rasė Refrakcija

II. DIAGNOSTIKA

6. Pagrindiniai diagnostikos kriterijai:

6.1. padidėjęs akispūdis, nustatomas tonometrijos būdu;

6.2. patologinė regos nervo disko ekskavacija, nustatoma oftalmoskopijos būdu;

6.3. tipiniai akipločio defektai, nustatomi perimetrijos būdu.

7. Papildomi diagnostiniai kriterijai:

7.1. šeiminė anamnezė;

7.2. amžius;

7.3. regėjimo aštrumas;

7.4. priekinės kameros kampo įvertinimas gonioskopuojant;

7.5. priekinio akies segmento pakitimai biomikroskopuojant;

7.6. sisteminės kraujotakos sutrikimai.

III. TYRIMAI

8. Tonometrija.

9. Tonografija.

10. Oftalmoskopija.

11. Perimetrija.

12. Gonioskopija.

IV. GLAUKOMOS PROFILAKTIKA

13. Profilaktikos priemonių, padedančių užkirsti kelią lėtinei glaukomai, nėra. Kuo anksčiau ši liga diagnozuojama (t. Y. pradinėje stadijoje), tuo geresnė ligos prognozė ir mažesnė apakimo tikimybė.

14. Uždaro kampo glaukomos priepuolio profilaktikai yra taikoma lazerinė periferinė iridektomija.

V. VIETINIS GLAUKOMOS GYDYMAS

15. Patvirtinus diagnozę, gydymas pradedamas monoterapija β adrenoblokatorių lašais.

16. Jei akispūdis sumažėja iki siektino, stabilūs regos nervo ir akipločio pakitimai, nėra pašalinių reiškinių, tęsiama ilgalaikė monoterapija β adrenoblokatorių lašais.

17. Jei gydymas neefektyvus (t. y. akispūdis nesumažėja, nepavyksta sustabdyti tinklainės ganglinių ląstelių žuvimo), yra kontraindikacijų β adrenoblokatoriams, gydymas keičiamas kita monoterapija –viena iš šių grupių:

17.1. vietiniais karboanhidrazės inhibitoriais;

17.2. prostaglandinų analogais;

17.3. α adrenomimetikais* arba cholinomimetikais.

Pastaba. *Neskiriami esant uždaro kampo glaukomai.

18. Jei gydymas β adrenoblokatorių lašais yra efektyvus, bet nepakankamai, t. y.:

nepavyksta akispūdžio sumažinti iki siektino lygio;

nepavyksta stabilizuoti regos nervo disko pakitimų progresavimo;

nepavyksta stabilizuoti akipločio pakitimų progresavimo,

gydymas tęsiamas papildomais antiglaukominiais medikamentais, taikant įvairias vaistų kombinacijas, medikamentų mišinius bei derinius (skirtingų grupių):

18.1. β adrenoblokatorius ir vietinius karboanhidrazės inhibitorius;

18.2. β adrenoblokatorius ir prostaglandinų analogus;

18.3. vietinius karboanhidrazės inhibitorius ir prostaglandinų analogus;

18.4. β adrenoblokatorius ir cholinomimetikus (uždaro kampo glaukomai gydyti);

18.5. α adrenomimetikus ir karboanhidrazės inhibitorius;

18.6. α adrenomimetikus ir prostaglandinų analogus.

19. Jei kombinuotas gydymas dviem medikamentais neefektyvus, skiriamas trečias medikamentas:

19.1. β adrenoblokatoriai, vietiniai karboanhidrazės inhibitoriai ir prostaglandinų analogai;

19.2. β adrenoblokatoriai, vietiniai karboanhidrazės inhibitoriai ir cholinomimetikai;

19.3 β adrenoblokatoriai, vietinių karboanhidrazės inhibitoriai ir α adrenomimetikai.

Pastaba. Neskiriami keli tos pačios farmakologinės grupės medikamentai.

VI. UŽDARO KAMPO GLAUKOMOS PRIEPUOLIO KOMPLEKSINIS GYDYMAS

20. *Per os* arba *i/v* osmosiniais preparatais arba sisteminiais karboanhidrazės inhibitoriais.

21. Miotikų lašais (*Sol. Pilocarpini* 1-2%).

22. β adrenoblokatoriais (*Sol. Timololi maleatis* 0.5%).

23. Jei skausmas nepraeina, skiriami sisteminiai analgetikai. Jei nenustoja pykinti – sisteminiai antiemetikai.

24. Vidutinis lašų skaičius 1 ml ir vaistų poreikis

Eil. Nr.	Vaistai	Vartojimo dažnis (kartai per dieną)	Lašo dydis (µl.)	Lašų skaičius	
				1 ml	reikalingas gydyti abi akis vieną dieną
1.	*Timololio maleatas*	2	~30	31,4	4

2.	*Timoptic XE*	1	~42	22,4	2
3.	*Trusopt*	3	~30	31,4	6
4.	*Azopt*	2	~32	29,6	4
5.	*Betoptic*	2	~32	29,6	4
6.	*Betoptic S*	2	~47	20	4
7.	*Xalatan*	1	~30	31	2
8.	*Cosopt*	2	~34	27,8	4

Pastaba. Atidarius buteliuką, vaistus galima vartoti ne ilgiau kaip 28 dienas.

VII. MEDIKAMENTINIO GYDYMO EFEKTYVUMO VERTINIMAS

25. Pirminis monoterapijos poveikis vertinamas praėjus ne mažiau kaip 1 savaitei nuo vaisto skyrimo.

26. Jei poveikis teigiamas, gydymas tęsiamas.

27. Jei poveikis neigiamas, vaistas keičiamas kitu ir poveikis vertinamas po 3 savaičių.

28. Jei poveikis neaiškus, papildomai skiriamas kitos grupės vaistas ir derinio efektyvumas vertinamas ne anksčiau kaip po 1 savaitės.

VIII. GYDYMO EFEKTYVUMO VERTINIMO KRITERIJAI

29. Gyvenimo kokybė.

30. Stabilus akiplotis.

31. Stabilūs regos nervo disko pakitimai.

32. Stabilus „tikslinis“ akispūdis.

IX. BPG IR OFTALMOLOGŲ DARBO ALGORITMAI

33. BPG tikrina visų besikreipiančių 19–40 metų asmenų akispūdį ir akių dugną 1 kartą per 2 metus, vyresnių kaip 40 metų amžiaus pacientų akispūdį ir akių dugną – 1 kartą per metus.

33.1. Esant glaukomos anamnezei šeimoje, akispūdis ir akių dugnas tiriami pirmojo apsilankymo metu nepriklausomai nuo amžiaus.

33.2. Įtarus patologinį akispūdį ir/ar pakitimų regos nervo diske, pacientas siunčiamas pas gydytoją oftalmologą.

34. Diagnozę nustato ir medikamentinį gydymą skiria bei stebi jo eigą iki proceso kompensacijos gydytojas oftalmologas.

35. Paciento stebėjimas iki glaukominio proceso kompensacijos

	Tonometrija	Stebėjimas
Pradėjus gydymą	Ne mažiau kaip po 1 sav.	Ne dažniau kaip kas 2 savaitės iki kompensacijos
Keičiant monoterapiją	Po 3 sav.	Ne dažniau kaip kas 2 savaitės iki kompensacijos
Skiriant papildomą vaistą	Po 2 sav.	Ne dažniau kaip kas 2 savaitės iki kompensacijos

36. Paciento tolesnis stebėjimas

Glaukomos progresavimo rizika **	Tonometrija	Oftalmoskopija	Perimetrija
Žema	Kas 3 mėn.	Kas 3 mėn.	Kas 6 mėn.
Vidutinė	Kas 2 mėn.	Kas 2 mėn.	Kas 4 mėn.
Didelė	Kas 1 mėn.	Kas 1 mėn.	Kas 3 mėn.

**Glaukomos progresavimo rizika tuo didesnė, kuo:

aukštesnis pradinis akispūdis;

pirminės apžiūros metu labiau pažeistas regos nervas;

pirminės apžiūros metu nustatoma didesnių pakitimų akiplotyje;

didesnė gyvenimo trukmės tikimybė.

Jei ligos eiga stabili, vaistus išrašo BPG, jei ne – konsultuoja gydytojas oftalmologas.

37. Nesustabdžius ligos progresavimo vaistais, rekomenduojamas lazerinis arba chirurginis gydymas.

_____

PATVIRTINTA
Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos
ministro 2002 m. rugpjūčio 14 d.
įsakymu Nr. 422

HIPERTENZINĖS LIGOS IR HIPERTENZINĖS NEFROPATIJOS (TLK KODAI I 10 – I 13, I 15) DIAGNOSTIKOS IR AMBULATORINIO GYDYMO, KOMPENSUOJAMO IŠ PRIVALOMOJO SVEIKATOS IMO FONDO BIUDŽETO LĖŠŲ, METODIKA

I. DIAGNOSTIKOS KRITERIJAI

1. Arterinės hipertenzijos diagnozė – tai ne vien arterinio kraujospūdžio padidėjimas, bet sindromas, susidedantis iš:

1.1. Padidėjusio arterinio kraujo spaudimo (AKS);

1.2. Hipertenzinės kardiopatijos;

1.3. Hipertenzinės nefropatijos;

1.4. Hipertenzinio arterijų pažeidimo;

1.5. Hipertenzinės encefalopatijos;

1.6. Hipertenzinio – metabolinio sindromo ar paskirų kardiovaskulinių rizikos veiksnių.

Pastaba: formuluojant arterinės hipertenzijos diagnozę, joje privalo atsispindėti AKS padidėjimo laipsnis ir visos nustatytos arterinės hipertenzijos sindromo sudedamos dalys.

II. ARTERINĖS HIPERTENZIJOS TLK -10 KODAI

2. I 10 Pirminė hipertenzija

Koduojama nesant širdies pažeidimo.

3. I 11 Hipertenzinė širdies liga

Hipertenzinės kardiopatijos diagnozė nustatoma radus vieną ar kelis iš šių požymių:

3.1. I 11.9 Hipertenzinė kardiopatija be širdies nepakankamumo;

Kairiojo skilvelio hipertrofija (paprastai koncentrinė): masės indeksas vyrams > 116 g/m^2, moterims > 104 g/m^2; echokardiografiniai ar elektrokardiografiniai kairiojo skilvelio hipertrofijos požymiai;

- besimptomė sistolinė (išstūmimo frakcija < 40), diastolinė (E/A <1) ar mišri kairiojo skilvelio disfunkcija;
- angiospastinė, mikrovaskulinė krūtinės angina ar išeminis krūtinės skausmas (kodas I.20.1, I20.8, I20.9);
- Širdies ritmo ir laidumo sutrikimai (I44-I49).

3.2. I 11.0 Hipertenzinė kardiopatija su širdies nepakankamumu

– kairiojo skilvelio hipertrofija;

– kairiojo skilvelio dilatacija;

– mitralinio vožtuvo nesandarumas;

– sistolinis, diastolinis ar mišrus širdies nepakankamumas.

4. I 12 Hipertenzinė inkstų liga

Nefropatijos diagnozė nustatoma radus bent keturis požymius (pirmi trys – būtini):

4.1. I 12.9 - Hipertenzinė nefropatija be inkstų nepakankamumo:

mikroalbuminurija 30-300 mg per 24 val.;

proteinurija > 300 mg per 24 val. (paprastai < 1,5 g per 24 val.), atsirandanti vėliau nei hipertenzija;

kreatininas v < 115 μmol/l, m < 88 μmol/l ir/ar urea < 8,3 mmol/l;

nėra kitų inkstų ligų;

ilgai trunkanti hipertenzija;

hipertenzinės kardiopatijos ar retinopatijos požymiai;

glomerulų filtracija > 80 ml/min.**;**

4.2. I 12.0 - Hipertenzinė nefropatija su inkstų nepakankamumu:

mikroalbuminurija 30-300 mg per 24 val.;

proteinurija > 300 mg per 24 val. (paprastai < 1,5 g per 24 val.), atsirandanti vėliau nei hipertenzija;

kreatininas v > 115 μmol/l, m > 88 μmol/l ir/ar urea > 8,3 mmol/l;

nėra kitų inkstų ligų;

ilgai trunkanti hipertenzija;

hipertenzinės kardiopatijos ar retinopatijos požymiai;

glomerulų filtracija < 80 ml/min.

Pastaba: nesant podagros, inkstų pažeidimui būdinga hiperurikemija v > 520 μmol/l, m > 410 μmol/l.

5. I 13 Hipertenzinė širdies ir inkstų liga

Koduojama esant dviejų organų – širdies ir inkstų pažeidimui.

5.1. I 13.0 Kardiopatija ir nefropatija su staziniu širdies nepakankamumu

5.2. I 13.1 Kardiopatija ir nefropatija su inkstų nepakankamumu

5.3. I 13.2 Kardiopatija ir nefropatija su širdies ir inkstų nepakankamumu

5.4. I 13.9 Kardiopatija ir nefropatija, nepatikslinta

6. I 15 Antrinė hipertenzija

6.1. I 15.0, I 15.1, I 15.2, I 15.8 koduojama atitinkamų sričių specialistams nustačius pagrindinę diagnozę.

6.2. I 15.9 Antrinės hipertenzijos, nepatikslintos.

7. Reikšmingos arterinės hipertenzijos komplikacijos, kurių tiesiogiai neatspindi kodai I 10 – I 13, I 15:

7.1. Hipertenzinis arterijų pažeidimas (atitikmuo I 70, I 71, I 67)

7.2. Hipertenzinė encefalopatija (I 67.4)

7.3. Hipertenzinis – metabolinis sindromas (E90, E12, E.66.9, E 78)

III. PADIDĖJĘS ARTERINIS KRAUJO SPAUDIMAS

8. Arterinės hipertenzijos diagnozė nustatoma, kai AKS stabiliai būna ≥140/90 mmHg matuojant AKS tris kartus ir daugiau (rekomenduojami intervalai tarp matavimų iki vieno mėnesio). Izoliuota sistolinė hipertenzija diagnozuojama, kai sistolinis AKS būna ≥140 mmHg, o diastolinis AKS < 90 mmHg. Pulsinis kraujospūdis daugiau 50 mmHg laikomas patologiniu.

9. AKS padidėjimas vertinamas laipsniais pagal kraujospūdžio dydį (1 lentelė*).*

1 lentelė. **Arterinio kraujospūdžio lygių klasifikacija** (1999 m. PSO/THD)

Kategorija	Sistolinis AKS (mm Hg)	Diastolinis AKS (mm Hg)
Optimalus	<120	<80
Normalus	<130	<85
Aukštas normalus	130-139	85-89
I laipsnio hipertenzija (nedidelė)	140-159	90-99
II laipsnio hipertenzija (vidutinė)	160-179	100-109
III laipsnio hipertenzija (didelė)	≥180	≥110
Izoliuota sistolinė hipertenzija	≥140	<90

10. Paaiškinimai:

10.1. AKS klasifikuojamas prieš paskiriant gydymą;

10.2. kai ligonio sistolinis ir diastolinis kraujospūdis patenka į skirtingas kategorijas, taikyti aukštesniąją;

10.3. hipertenzijos laipsnis dinamikoje diagnozėje gali būti keičiamas:

a) jei AKS padidėjimas progresuoja, ekskliudavus laikiną ligos paūmėjimą, hipertenzijos laipsnis keičiamas iš mažesnio į didesnį,

b) jei skiriant vaistus AKS sumažėja, laipsnis nekeičiamas.

IV. ARTERINĖS HIPERTENZIJOS RIZIKOS VEIKSNIAI

11. Antro tipo cukrinis diabetas, gliukozės tolerancijos sutrikimas arba rezistencija insulinui

12. Dislipidemija: MTL-cholesterolis >3 mmol/l, ir/arba trigliceridai >1,7 mmol/l, ir/arba DTL-cholesterolis <1 mmol/l

13. Pilvinio (visceralinio) tipo nutukimas

14. Mikroalbuminurija

15. Rūkymas

16. Nepakankamas fizinis aktyvumas

17. Teigiama širdies ir kraujagyslių ligos ar ankstyvos mirties šeimos anamnezė.

Paaiškinimas: šiuo metu didžiulis dėmesys kreipiamas hipertenziniam-metaboliniam sindromui, jungiančiam iškart kelis (Nr. 1-4) rizikos veiksnius ir keliskart padidinančiam kardiovaskulinę riziką.

18. Hipertenzijos komplikacijos („organų –taikinių“ pažeidimas):

18.1. Širdyje: kairiojo skilvelio hipertrofija, kairiojo skilvelio sistolės ar diastolės disfunkcija, greičiau progresuojanti koronarinė širdies liga, širdies nepakankamumas, kairiojo prieširdžio didėjimas, širdies ritmo sutrikimai.

18.2. Inkstuose: kamuolėlių sklerozė, aterominė inkstų arterijų liga, lėtinis inkstų nepakankamumas.

18.3. Arterijose: endotelio disfunkcija, arterijų remodeliavimas, sienelių standumo padidėjimas, intimos-medijos sustorėjimas, plokštelių radimas, stenozės, aortos aneurizma, disekuojanti aortos aneurizma.

18.4. Akyse: hipertenzinė retinopatija, arterijų ir venų trombozės hemoragijos**.**

18.5. Smegenyse: smegenų hemoragijos, cerebrovaskulinė aterominė liga, (infarktas, praeinantys išemijos priepuoliai, demencija), kraujotakos autoreguliacijos pokyčiai.

19. Hipertenziją lydinčios klinikinės būklės, apsunkinančios jos eigą ir gydymą:

19.1. širdies ir kraujagyslių: koronarinė širdies liga, sklerodegeneraciniai vožtuvų pakenkimai, smegenų arterijų aterosklerozė, periferinių arterijų liga;

19.2. cukrinis diabetas;

19.3. kitos (ne hipertenzinė nefropatija) inkstų ligos, lydimos inkstų funkcijos nepakankamumo;

19.4. plaučių ligos, lydimos bronchų obstrukcijos;

19.5. sąnarių ligos, kuomet taikomi nesteroidiniai priešuždegiminiai medikamentai. Paaiškinimas: lydinčios plaučių ir sąnarių ligos apsunkina AH gydymą.

V. HIPERTENZIJA SERGANČIOJO RIZIKOS NUSTATYMAS PRIEŠ PASIRENKANT GYDYMĄ

20. Mažos rizikos grupė: pirmo laipsnio AKS padidėjimas ir < 2 nestipriai išreikšti rizikos veiksniai (išskyrus rezistenciją insulinui ir/ar diabetą). Nepalanki prognozė – tikimybė susirgti insultu ar miokardo infarktu per 10 metų – < 15 proc.

21. Vidutinės rizikos grupė: antro ar trečio laipsnio AKS padidėjimas be rizikos veiksnių ir/ar 2–3 nestipriai išreikšti rizikos veiksniai (išskyrus rezistenciją insulinui ir/ar diabetą). Nepalanki prognozė – tikimybė susirgti insultu ar miokardo infarktu per 10 metų – 15–20 proc.

22. Didelės ir labai didelės rizikos grupė:

22.1. vien trečio laipsnio AKS padidėjimas arba

22.2. pirmo, antro ar trečio laipsnio AKS padidėjimas ir > 3 rizikos veiksniai (užtenka vien rezistencijos insulinui ir/arba diabeto);

22.3. arterinės hipertenzijos komplikacijos („organų – taikinių“ pažeidimas);

22.4. lydinčios klinikinės būklės, sunkinančios AH eigą ar komplikuojančios AH gydymą. Nepalanki prognozė – tikimybė susirgti insultu ar miokardo infarktu per 10 metų, esant didelei rizikai – 20–30 proc., labai didelei – >30 proc..

VI. HIPERTENZIJOS GYDYMAS

23. Įvertinus rizikos dydį, nusprendžiama, kada pradėti medikamentinį arterinės hipertenzijos gydymą, iki kiek mažinti kraujo spaudimą, kaip greitai numatytas tikslinis kraujospūdis turėtų būti pasiekiamas. Esant vidutinei rizikai, prieš skiriant vaistus, ligonius galima 2–3 savaites stebėti, bet esant reikalui, vaistai skiriami iš karto, nustačius diagnozę. Esant mažai rizikai ligonius, galima 6–12 mėnesių stebėti ir koreguoti rizikos veiksnius. Didelės ir labai didelės rizikos ligoniams taip pat koreguojami rizikos veiksniai ir vaistai skiriami iš karto, nustačius diagnozę.

24. Tikslinis kraujospūdis, gydant arterinę hipertenziją:

24.1. esant mažai ir vidutinei rizikai, tikslinis kraujospūdis <140/90 mm Hg;

24.2. esant didelei ir labai didelei rizikai (diabetas ar rezistencija insulinui, nefropatija ar inkstų nepakankamumas su proteinurija > 1g/ 24 val., prieširdžių virpėjimams), tikslinis kraujospūdis 130/85 – 125/75 mm Hg.

25. Bendrieji arterinės hipertenzijos gydymo principai:

25.1. Pradiniame etape AH gali būti gydoma vienu vaistu (1 schema), pasirenkant kurią nors iš išvardytų prieštipertenzinių vaistų klasių.

25.2. Esant didelei ir labai didelei rizikai, gydymą rekomenduojama pradėti iškart nuo dviejų prieštipertenzinių vaistų mažesnių dozių derinio (1 schema).

25.3. Pradedant gydymą, bet kurį prieštipertenzinį vaistą skirti nedidelėmis dozėmis, stengiantis išvengti vaistų šalutinio poveikio.

25.4. Nepasiekus tikslinio kraujospūdžio pradiniame gydymo etape, vaistų dozės didinamos iki vidutinių terapinių dozių (3 lentelė). Atsparios hipertenzijos gydymui gali būti skiriamos maksimalios vaistų dozės.

25.5. Monoterapija, nesant reikiamo efekto, neturi trukti ilgai (orientacinis terminas – 3 mėn.).

25.6. Gydymas dviejų ar trijų prieštipertenzinių vaistų deriniais taikomas apie 70 proc. sergančiųjų arterine hipertenzija. Vaistų deriniai parenkami individualiai. Prireikus daugiau nei trijų vaistų nuo hipertenzijos, bendrosios praktikos ar vidaus ligų gydytojas siunčia gydytojo specialisto konsultacijai (kardiologo, nefrologo ar kt.), po kurios jis gali išrašyti tris ar daugiau vaistus nuo hipertenzijos ne ilgiau 1 metų. Toliau siunčiama pakartotinai gydytojo specialisto konsultacijai.

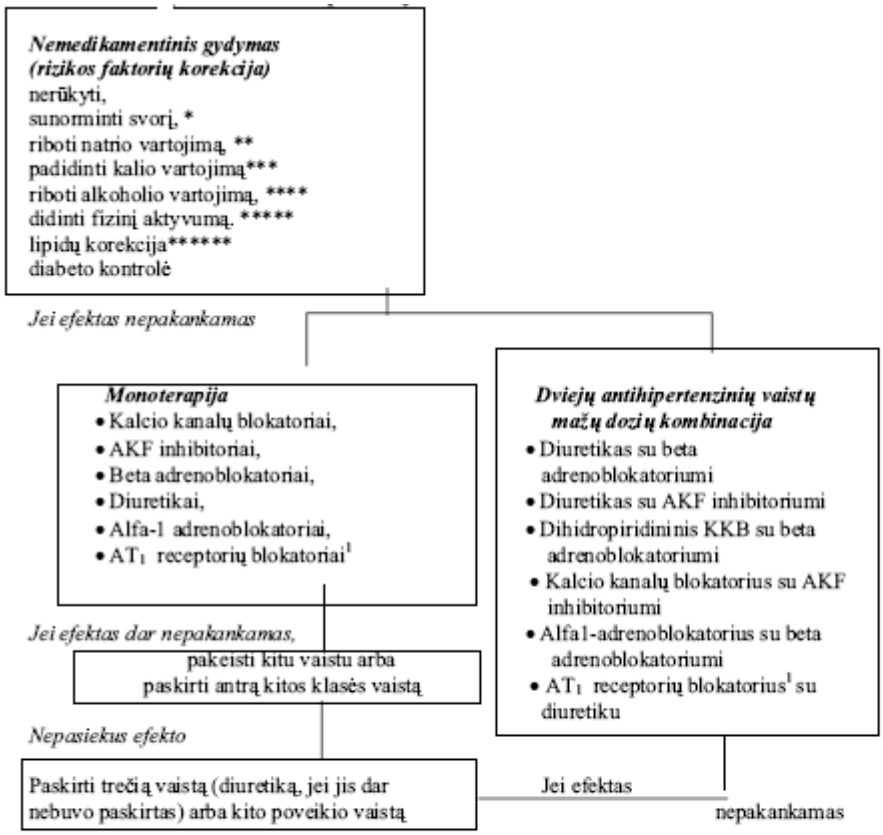
2 lentelė**. Prieštipertenzinių vaistų skyrimo indikacijos ir kontraindikacijos** (remiantis PSO / THD 1999 m.)

Vaistų klasė	Indikacijos*	Galimos indikacijos	Kontraindikacijos	Galimos kontraindikacijos
Diuretikai	Širdies nepakankamumas Vyresnio amžiaus ligoniai Sistolinė hipertenzija	Cukrinis diabetas	Podagra	Dislipidemija Seksualiai aktyvūs vyrai
Beta adrenoreceptorių blokatoriai	Krūtinės angina Po miokardo infarkto Tachiaritmijos	Širdies nepakankamumas Nėštumas Cukrinis diabetas	Astma ar lėtinės obstrukcinės plaučių ligos II-III° atrioventrikulinė blokada	Dislipidemija Sportininkai ir fiziškai aktyvūs ligoniai Periferinių kraujagyslių ligos
AKF inhibitoriai	Širdies nepakankamumas	Hipertenzinė nefropatija	Nėštumas Hiperkalemija	

	Kairiojo skilvelio disfunkcija Po miokardo infarkto Diabetinė nefropatija		Abiejų inkstų arterijų susiaurėjimas	
Kalcio kanalų blokatoriai	Krūtinės angina Vyresnio amžiaus ligoniai Sistolinė hipertenzija	Periferinių arterijų ligos	II-III° atrioventrikulinė blokada (nedihidropiridininiai KKB)	Širdies nepakankamumas (verapamilis ar diltiazemas)
Alfa adrenoblokatoriai	Prostatos hipertrofija	Gliukozės netoleravimas Dislipidemija		Ortostatinė hipotenzija

* Ligos ir būklės, kurioms esant gali būti rekomenduojami kaip pirmo pasirinkimo vaistai

1 schema. **Pakopinis arterinės hipertenzijos gydymo algoritmas**



26. Paaiškinimai:

26.1. Kūno svoris laikomas normaliu, kai kūno masės indeksas [svoris(kg): ūgis $(m)^2$] būna kiek mažesnis arba lygus 25.

26.2. Suvartoti per dieną ne daugiau kaip 6 g druskos (2,4 g arba 100 mmol natrio).

26.3. Kalio kiekį dietoje padidinti iki 90 mmol/d.

26.4. iki 20–30 g etanolio ar jo ekvivalentų (300 ml vyno ar 700 ml alaus) per dieną (moterims ar mažo svorio vyrams – ne daugiau 15 ml etanolio ar jo ekvivalentų).

26.5. Nepertraukiama fizinė veikla, trunkanti 30–45 min. kasdien.

26.6. Bendro cholesterolio < 5,2 mmol/l, mažo tankio lipoproteidų <3,3 mmol/l, trigliceridų < 2,3 mmol/l.

3 lentelė. Įprastinės prieširdinės hipertenzinių vaistų paros dozės

Eil. Nr.	VAISTAS	PAROS DOZĖS (mg)
1.	Amlodipinas	2,5 –10
2.	Atenololis	12,5 – 150
3.	Betaksololis	5 –20
4.	Diltiazemas	90 – 360
5.	Doksazosinas	1,0 – 8
6.	Enalaprilis	2,5 – 40
7.	Fosinoprilis	10 – 40
8.	Hidrochlorotiazidas	12,5 – 25
9.	Indapamidas	1,25 – 2,5
10.	Kaptoprilis	12,5 – 150
11.	Klonidinas	0,3 – 0,6
12.	Labetololis	200 – 1200
13.	Lacidipinas	2 – 6
14.	Metoprololis	50 – 200
15.	Metyldopa	500 – 2000
16.	Moksonidinas	0,2 – 0,4
17.	Nifedipinas-SR	40 – 60
18.	Nitrendipinas	10 – 40
19.	Prazosinas	1,0 – 20
20.	Ramiprilis	1,25 – 10
21.	Verapamilis	80 –240

Pastaba: atsparios gydymui hipertenzijos atvejais gali būti skiriamos maksimalios dozės.

27. Vadovaujantis šiuo metu kompensuojamų iš PSDF medikamentų sąrašu, prieširdiniai vaistai suskirstyti į pirmo ir antro pasirinkimo sąrašus**:**

27.1. Pirmo pasirinkimo vaistų sąrašas **–** remtasi pasaulyje atliktais farmakoekonominiais skaičiavimais ir bendrosiomis privalomosiomis indikacijomis ir kontraindikacijomis: (PSO/IHD 1999).

27.1.1. Kalcio kanalų blokatorių (KKB) grupėje:

Nifedipinas prailginto veikimo

Diltiazemas (kuomet reikalingas, bet kontraindikuotinas BAB skyrimas)

Verapamilis ilgo veikimo (kuomet reikalingas, bet kontraindikuotinas BAB skyrimas)

27.1.2. AKF inhibitorių (AKFI) grupėje

Kaptoprilis

Enalaprilis

27.1.3. Betaadrenoblokatorių (BAB) grupėje

Atenololis

Metoprololis, trumpo veikimo

27.1.4. Kiti

Prazosinas

Hidrochlortiazidas

27.1.5. Fiksuoti deriniai:

Enalaprilis ir hidrochlortiazidas

27.2. Antro pasirinkimo vaistų sąrašas – remtasi studijų patvirtintomis specifinėmis (išskirtinėmis) indikacijomis arterinės hipertenzijos komplikacijoms („organų-taikinių“ pažeidimams) ir arterinę hipertenziją lydinčioms klinikinėms būklėms gydyti:

27.2.1. KKB grupėje:

Amlodipinas – hipertenzinė kardiopatija (širdies nepakankamumas ≥ II f. kl., kairio skilvelio hipertrofija), hipertenzinis arterijų pažeidimas, hipertenzinis-metabolinis sindromas, lydintis cukrinis diabetas, lydinti krūtinės angina

Lacidipinas – hipertenzinis arterijų pažeidimas, hipertenzinis – metabolinis sindromas, hipertenzinė nefropatija, lydintis cukrinis diabetas

Felodipinas – hipertenzinė kardiopatija (širdies nepakankamumas ≥ II f. kl., kario skilvelio hipertrofija)

Diltiazemas, ilgo veikimo – hipertenzinė nefropatija, hipertenzinė kardiopatija (tachisistoliniai ritmo sutrikimai) lydinti krūtinės angina

Nitrendipinas – kairio skilvelio hipertrofija, vyresnio amžiaus žmonių hipertenzija

27.2.2. AKFI grupėje:

Ramiprilis – hipertenzinė kardiopatija (širdies nepakankamumas, kairio skilvelio hipertrofija); lydinti koronarinė širdies liga (krūtinės angina, persirgtas miokardo infarktas, po kateterinio ir chirurginio gydymo); hipertenzinis-metabolinis sindromas; hipertenzinis arterijų pakenkimas; hipertenzinė nefropatija; lydintis cukrinis diabetas.

Fosinoprilis – hipertenzinė nefropatija; hipertenzinė kardiopatija (kairio skilvelio hipertrofija, širdies nepakankamumas); hipertenzinis – metabolinis sindromas; lydintis cukrinis diabetas.

27.2.3. BAB grupėje:

Nebivololis – hipertenzinis-metabolinis sindromas; hipertenzinė kardiopatija (kairio skilvelio hipertrofija); lydinti krūtinės angina; kai reikia skirti BAB, esant lydinčiai periferinių arterijų ligai; lydintis diabetas, kai reikia skirti BAB; kai reikia skirti BAB ir paciento amžius iki 45 metų.

Metoprololis, ilgo veikimo – hipertenzinė kardiopatija (širdies nepakankamumas, kairio skilvelio hipertrofija); lydinti krūtinės angina.

Betaksololis – hipertenzinė kardiopatija (kairio skilvelio hipertrofija); lydinti krūtinės angina.

27.2.4. Kiti:

Labetalolis, Metildopa – arterinė hipertenzija ir nėštumas

Moksonidinas – hipertenzinis –metabolinis sindromas; kairio skilvelio hipertrofija.

Indapamidas – hipertenzinė kardiopatija (širdies nepakankamumas ≥ 2 f. kl., kairio skilvelio hipertrofija); hipertenzinė nefropatija; hipertenzinis – metabolinis sindromas.

28. Skiriant vaistą iš antro pasirinkimo sąrašo, būtina tyrimais patvirtinti specifinę (išskirtinę) jo skyrimo indikaciją (tyrimų apimtis įvairių lygių gydymo įstaigose gali skirtis):

28.1. Hipertenzinę kardiopatiją:

28.1.1. kairio skilvelio hipertrofija: EKG, Echo KG,

28.1.3. širdies nepakankamumas: Funkcinė klasė, Echo KG,

28.1.4. KŠL progresavimas: EKG, Krūvio EKG ar Echo Kg, koronarografija

aritmijos: EKG, Krūvio EKG, ambulatorinis EKG monitoravimas, stemplinis ar intrakardinis EF tyrimas.

Paaiškinimai: EKG – elektrokardiograma, EchoKG – echokardiograma, EF tyrimas – elektrofiziologinis tyrimas.)

28.2. Hipertenzinį arterijų pažeidimą:

klinikiniai tyrimai: klaudikacijos laipsnio nustatymas, žasto-kulkšnelių spaudimų indeksas,

funkciniai tyrimai: kraujagyslių ultragarsiniai, pulsinės bangos ir tūrio, akių dugno tyrimai.

28.3. Hipertenzinę nefropatiją:

28.3.1. laboratoriniais kraujo tyrimais: kreatininas,

28.3.2. laboratoriniais šlapimo tyrimais: mikroalbuminurija, baltymas šlapime, glomerulų filtracijos greitis.

28.4. Hipertenzinį metabolinį sindromą (būtinas rezistencijos insulinui sutrikimas ar diabetas plius trys iš keturių išvardytų komponentų):

28.4.1. diabetas ar rezistencija insulinui: gliukozės (nevalgius ir/ar po apkrovimo gliukoze), insulino koncentracijos tyrimais,

28.4.2. pilvinis nutukimas: juosmens apimtis vyrams > 102 cm ir moterims > 88 cm, kūno masės indeksas > 25,

28.4.3. hipercholesterolemija: Ch> 6,5 mmol/l ir/ar MTL – cholesterolis > 3 mmol/l,

28.4.4. hipertrigliceridemija ⇒ Tg> 1,7 mmol/l,

28.4.5. didelio tankio lipoproteinų (DTL) sumažėjimas ⇒ < 1 mmol/l.

29. Taikomos gydymo metodikos praktinio taikymo paaiškinimai:

29.1. Naujai išaiškintos AH pradiniam gydymui (ne mažiau 3 mėn.) skiriamas vienas vaistas ar dviejų vaistų derinys iš pirmo pasirinkimo sąrašo.

29.2. Gavus tik dalinį efektą gydant dviem vaistais iš pirmo sąrašo, pridedamas hidrochlortiazidas (jeigu jis nebuvo skirtas) arba vaistas iš antrojo sąrašo, patvirtinus jo skyrimo indikaciją tyrimais.

29.3. Jeigu pirmo sąrašo vaistas buvo neefektyvus arba sukėlė pašalinius veikimus, jis keičiamas kitu pirmo sąrašo vaistu arba antro sąrašo preparatu, patvirtinus skyrimo indikaciją tyrimais.

29.4. Pradinis AH gydymas išskirtines indikacijas turinčiu preparatu pradedamas arba tęsiamas, tik patvirtinus skyrimo indikaciją tyrimais.

29.5. Didelės ir labai didelės rizikos pacientams gydymas iškart gali būti pradėtas (arba tęsiamas) dviem preparatais iš išskirtines indikacijas turinčių preparatų sąrašo, patvirtinus skyrimo indikacijas tyrimais.

29.6. Kai kurie antrojo sąrašo vaistai ateityje gali būti įtraukti ir į pirmą sąrašą, tai pagrindus detaliais farmakoekonominiais skaičiavimais.

_____

PATVIRTINTA
Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos
ministro 2002 m. rugpjūčio 14 d.
įsakymu Nr. 422

KRŪTIES PIKTYBINIŲ NAVIKŲ (C50) DIAGNOSTIKOS IR AMBULATORINIO GYDYMO METODIKA

1. Gydytojas, įtaręs krūties vėžio diagnozę ir atlikęs tyrimus savo kompetencijos ribose, siunčia pacientą krūties vėžio diagnozės nustatymui į gydymo įstaigą, teikiančią onkologinę pagalbą ir turinčią sąlygas pilnam krūties vėžio ir jo išplitimo ištyrimui pagal diagnostikos metodiką (4 priedas) bei kompleksiniam gydymui.

2. Sveikatos priežiūros įstaigose, turinčiose reikalingas tarnybas ir specialistus, užtikrinamas pilnas paciento ištyrimas ir nustatoma gydymo taktika.

3. Nustatomas naviko išplitimas pagal TNM klasifikaciją ir stadijas (1 priedas).

4. Naviko diagnozė patvirtinama citologiškai ir/ar morfologiškai (2 priedas).

5. Prieš skiriant kompleksinį gydymą įvertinami prognostiniai veiksniai (3 priedas).

6. Krūties vėžys gali būti gydomas tik tose asmens sveikatos priežiūros įstaigose, kuriose yra kompleksinio gydymo galimybės (įskaitant chemoterapiją, krūties chirurgiją ir spindulinę terapiją).

7. Ambulatorinio, kompensuojamo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, krūties piktybinių navikų gydymo schema (5 priedas).

1 PRIEDAS

KLINIKINĖ TNM KLASIFIKACIJA

T Pirminis navikas

Tx Pirminio naviko neįmanoma įvertinti

T0 Pirminio naviko nėra

Tis *Carcinoma in situ*: intraduktalinė karcinoma ar lobulinė karcinoma *in situ*, ar spenelio Pageto liga nesant naviko

Pastaba: Pageto liga, susijusi su naviku, klasifikuojama atsižvelgiant į naviko dydį.

T1 Navikas, kurio didžiausias matmuo yra ne didesnis kaip 2 cm

T1mic Mikroinvazija, kurios didžiausias matmuo ne didesnis kaip 0,1 cm[1]

T1a Didžiausias matmuo nuo 0,1 iki 0,5 cm

T1b Didžiausias matmuo nuo 0,5 iki 1,0 cm

T1c Didžiausias matmuo nuo 1 iki 2 cm

T2 Navikas, kurio didžiausias matmuo nuo 2 iki 5 cm

T3 Navikas, kurio didžiausias matmuo yra didesnis kaip 5 cm

T4 Bet kokio dydžio navikas, tiesiogiai infiltravęs krūtinės ląstos sieną ar odą

Pastaba. Krūtinės siena apima šonkaulius, tarpšonkaulinius raumenis ir priekinį dantytąjį raumenį, tačiau ne krūtinės raumenį.

T4a Krūtinės sienos infiltracija

T4b Krūtinės odos edema (taip pat ir „apelsino žievelės“ simptomas) ar išopėjimas, ar satelitiniai odos mazgeliai toje pačioje krūtyje

T4c 4a ir 4b kartu

T4d Uždegiminė karcinoma[2]

Pastabos: 1. Mikroinvazija yra naviko ląstelių išplitimas už bazalinės membranos ribų į gretimus audinius, kai nėra židinių, kurių didžiausias matmuo viršytų 0,1 cm. Tais atvejais, kai yra daugybinių mikroinvazijos židinių, klasifikuojamas didžiausias iš jų. Daugybiniai mikroinvazijos židiniai turi būti aprašyti, kaip ir didesni invazyvios karcinomos židiniai.

2. Krūties uždegiminė karcinoma pasižymi difuzine rusva odos induracija, kurios ribos panašios į rožės; papildomų masių neaptinkama. Jei odos biopsija neigiama ir nėra lokalizuoto išmatuojamo naviko, T4d karcinoma patomorfologiškai klasifikuojama kaip pTX. Odos gruoblėtumas, spenelio įsitraukimas ir kiti odos pakitimai, išskyrus klasifikuojamus kaip T4b ir T4d, gali būti ir esant T1, T2 ar T3 navikams ir nedaro įtakos išplitimo įvertinimui.

N Metastazės sritiniuose limfmazgiuose

Nx Metastazių sritiniuose limfmazgiuose neįmanoma įvertinti

N0 Metastazių sritiniuose limfmazgiuose nėra

N1 Yra paslankių metastazių tos pačios pusės pažasties limfmazgyje (-iuose)

N2 Yra metastazių tos pačios pusės pažasties limfmazgiuose, suaugusių tarpusavyje ir su kitomis struktūromis

N3 Yra metastazių tos pačios pusės vidiniuose krūties limfmazgiuose

M Tolimosios metastazės

MX Tolimųjų metastazių neįmanoma įvertinti
M0 Tolimųjų metastazių nėra
M1 Yra tolimųjų metastazių

Patologinė pTNM klasifikacija

pT Pirminis navikas

Kad būtų galima klasifikuoti naviką patomorfologiškai, pašalinus jį, pjūvio kraštuose neturi būti mikroskopinių naviko invazijos požymių.

pT kategorijos atitinka T kategorijas.

Pastaba. Nustatant patomorfologinį naviko išplitimą pT, matuojamas invazyvusis naviko komponentas. Jei yra didelis in situ komponentas (pvz., 4 cm) ir mažas invazyvusis komponentas (pvz., 0,5 cm), naviko išplitimas įvertinamas kaip pT1a.

pN Metastazės sritiniuose limfmazgiuose

Kad būtų galima klasifikuoti metastazes sritiniuose limfmazgiuose patomorfologiškai, reikia ištirti apatinius pažasties limfmazgius (I lygis). Todėl reikia pašalinti ne mažiau kaip 6 limfmazgius

pNX Metastazių sritiniuose limfmazgiuose neįmanoma įvertinti (limfmazgiai nepašalinti arba pašalinti anksčiau)
pN0 Metastazių sritiniuose limfmazgiuose nėra
pN1 Yra paslankių metastazių tos pačios pusės pažasties limfmazgiuose
pN1a Yra tik mikrometastazių (ne didesnių kaip 0,2 cm)
pN1b Yra metastazių limfmazgiuose, bet kuri didesnė nei 0,2 cm
pN1bi Yra metastazių 1–3 sritiniuose limfmazgiuose, bet kuri ne mažesnė kaip 0,2 cm, bet ne didesnė kaip 2,0 cm
pN1bii Yra metastazių 4 ar daugiau limfmazgių, bet kuri ne mažesnė kaip 0,2, bet ne didesnė kaip 2,0 cm
pN1biii Navikas išplitęs už limfmazgio kapsulės ribų, esant mažesnei kaip 2 cm dydžio metastazei
pN1biv Yra metastazė limfmazgyje, didesnė kaip 2 cm
pN2 Yra suaugusių tarpusavyje ir su kitomis struktūromis metastazių tos pačios pusės pažasties limfmazgiuose
pN3 Yra metastazių tos pačios pusės vidiniuose krūties limfmazgiuose (-yje)
pM Tolimosios metastazės: kategorijos pM atitinka M kategorijas

G – naviko diferenciacijos laipsnis

GX - naviko diferenciacijos laipsnio įvertinti neįmanoma
G1 - gerai diferencijuotas navikas
G2 - vidutiniškai diferencijuotas navikas
G3 - blogiau diferencijuotas
G4 - nediferencijuotas navikas

Grupavimas pagal stadijas

0 stadija	Tis	N0	M0
I stadija	T1[1]	N0	M0
II A stadija	T0 T1[1] T2	N1 N1[1] N0	M0 M0 M0
II B stadija	T2 T3	N1 N0	M0 M0
III A stadija	T0 T1[1]	N2 N2	M0 M0

	T2 T3	N2 N1, N2	M0 M0
III B stadija	T4 Bet kuris T	Bet kuris N N3 	M0 M0
IV stadija	Bet kuris T	Bet kuris N	M1

Pastabos:

1. T1 apima ir T1mic.
2. Esant pN1, ligos prognozė yra tokia pati kaip ir esant pN0.

_____

2 PRIEDAS

Histologinė klasifikacija

Nepatikslinto tipo karcinoma
Duktalinė karcinoma
Intraduktalinė (in situ)
Invazyvi su dominuojančiu intraduktaliniu komponentu
Nepatikslinto tipo invazyvi
Komedokarcinoma
Uždegiminė
Medulinė su limfocitine infiltracija
Mucininė (koloidinė)
Papilinė
Scirozinė
Tubulinė
Kitokia patikslinta
Lobulinė karcinoma
In situ
Invazyvi su dominuojančiu in situ komponentu
Invazyvi
Spenelio karcinoma
Nepatikslinta Pageto liga
Pageto liga su intraduktaline karcinoma
Pageto liga su invazyvia duktaline karcinoma
Kitokio tipo karcinoma
Nediferencijuota karcinoma

Anatominės sritys:
C 50.0 – spenelis ir apyspenis
C 50.1 – krūties centrinė dalis
C 50.2 – krūties viršutinis ir vidinis kvadratas
C 50.3 – krūties apatinis ir vidinis kvadratas
C 50.4 – krūties viršutinis ir išorinis kvadratas
C 50.5 – krūties apatinis ir išorinis kvadratas
C 50.6 – krūties pažastinis kraštas
C 50.8 – krūties išplitęs pažeidimas
C 50.9 – krūtis, nepatikslinta

_____

3 PRIEDAS

Prognostiniai veiksniai

1. Navikiniai:

 Ligos stadija
 Limfmazgių būklė
 Naviko dydis
 Naviko diferenciacijos laipsnis /proliferacijos greitis
 Invazija į kraujagysles ir limfagysles
 Estrogeno / progesterono receptorių būklė (ER/PR)*
 HER-2/neu lygis, p53 mutacija ir kt.*
 Navikinių ląstelių radimas kaulų čiulpuose*

2. Organizmo:
 Amžius
 Menopauzė / menstruacinė būklė
 Šeimos anamnezė
 Funkcinė būklė

 Pastaba: papildomi tyrimai atliekami esant galimybėms.

NEPALANKŪS PROGNOSTINIAI VEIKSNIAI

 Ligos stadija >I
 Metastazės regioniniuose limfmazgiuose
 Naviko dydis ≥ 2 cm
 Naviko diferenciacija G ≥2
 Yra invazija į limfagysles ir kraujagysles
 Neigiami estrogeno/progesterono receptoriai
 Teigiamas HER-2/neu, yra p53 mutacija
 Randamos navikinės ląstelės kaulų čiulpuose
 Amžius <35 m.
 Premenopauzė

_____

4 PRIEDAS

DIAGNOSTIKA



Objektyvus paciento ištyrimas:
 Krūtų apžiūra
 Krūtų palpacija
 Limfmazgių palpacija

Mamografija:
 Bazinė mamograma – 40–45m.
 Kontrolinė mamografija nuo 50 m. atliekama kas 2 metus, įvertinus rizikos faktorius.
 Rizikos grupėms: jei yra pirmos eilės giminaičių, sergančių krūties vėžiu, mamograma atliekama nuo 35 m.

Krūtų echoskopija
 Esant neaiškiai diagnozei echoskopijos duomenys derinami su mamografijos duomenimis.
 Kuomet vyrauja liaukinis audinys, echoskopija informatyvesnė už mamografiją.

Citologija/histologija (aspiracinė punkcija ir/ar stulpelinė biopsija)
 Atliekama apčiuopus arba vizualizacijos metodais nustačius mazgą krūtyje.
 Esant neaiškiems ar nepalpuojamiems pakitimams, aspiracinė punkcija ir/ar stulpelinė biopsija atliekama echoskopo ir/ar rentgeno kontrolėje.

Imunohistocheminė hormonų receptorių diagnostika (papildomas tyrimas, esant galimybėms)

<u>Naviko išplitimo diagnostika:</u>

 Krūtinės ląstos rentgenograma
 Viršutinio pilvo aukšto ir dubens organų echoskopija
 Skeleto scintigrafija (kliniškai įtariant metastazes kauluose)
 Ginekologo konsultacija

---

5 PRIEDAS

Ambulatorinio, kompensuojamo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, krūties piktybinių navikų gydymo schema

ADJUVANTINĖ (4–6 kursai) IR NEOADJUVANTINĖ CHEMOTERAPIJA (2–6 kursai)

Chemoterapijos schemos:

AC	Doxorubicini 60 mg/m^2 1d. Cyclophosphamidi 600 mg/m^2 1d. kas 3 sav.
arba	
CMF*	Metotrexati 40 mg/m^2 1d. + 8d. Cyclophosphamidi 600 mg/m^2 1+8d. Fluorouracili 600 mg/m^2 1+8d. kas 4 sav.
arba	
CMF*(klasikinis)	Cyclophosphamidi 100 mg/m^2 per os 1-14d. Metotrexati 40 mg/m^2 1d. + 8d. Fluorouracili 600 mg/m^2 1+8d. kas 4 sav.
arba	
FAC**	Fluorouracili 500 mg/m^2 1+8d. Doxorubicini 50 mg/m^2 1d. Cyclophosphamidi 500 mg/m^2 kas 3 sav.
arba	
CAF**	Cyclophosphamidi 100 mg/m^2 per os 1-14d. Doxorubicini 25 – 30 mg/m^2 1+8d. Fluorouracili 500 mg/m^2 1+8d. kas 4 sav.

*Skiriama tik esant palankiems prognostiniams veiksniams (3 priedas)
* Kuomet nepageidautinas kardiotoksiškumas
**Skiriama didelės rizikos grupės pacientams pagal prognostinius veiksnius (3 priedas)

Pastabos:
 Rizika metastazuoti nustatoma pagal prognostinius faktorius (3 priedas)
 Planuojant skirti chemoterapiją su antraciklinais būtina atlikti echokardioskopiją, įvertinant kairiojo skilvelio funkciją
 Galima dozių redukcija pacientams vyresniems nei 60 m

_____

5 PRIEDAS

Ambulatorinio, kompensuojamo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, krūties piktybinių navikų gydymo schema

METASTAZAVUSIO KRŪTIES VĖŽIO CHEMOTERAPIJA

AC	Doxorubicini 60 mg/m^2 1d. Cyclophosphamidi 600 mg/m^2 1d. kas 3 sav.
CMF	Metotrexati 40 mg/m^2 1d. + 8d. Cyclophosphamidi 600 mg/m^2 1+8d. Fluorouracili 600 mg/m^2 1+8d. kas 4 sav.
FAC	Fluorouracili 500 mg/m^2 1+8d. Doxorubicini 50 mg/m^2 1d. Cyclophosphamidi 500 mg/m^2 kas 3 sav
CAF	Cyclophosphamidi 100 mg/m^2 per os 1-14d. Doxorubicini 25 – 30 mg/m^2 1+8d. Fluorouracili 500 mg/m^2 1+8d. kas 4 sav.

Nustačius agresyvią ligos eigą ir nepalankius prognostinius faktorius (žr. 3 priedą), konsiliumo nutarimu skiriama:

***Docetaxeli 75 mg/m^2

Doxorubicini 50 mg/m^2

Po neveiksmingos I eilės chemoterapijos, progresuojant ligai, konsiliumo nutarimu skiriama:

•Paclitaxeli 175 mg/m^2 1d.

Doxorubicini 50 mg/m^2 1d.

Paclitaxeli 175 mg/m^2 1d.

kas 3 sav.

Docetaxeli 100 mg/m^2 1d.

kas 3 sav.

***PASTABOS*:**

 Chemoterapijos schemos pasirenkamos atsižvelgiant į tai, pagal kokias schemas pacientė buvo gydyta anksčiau, kaip gydymą toleravo, kiek laiko truko remisija.

 ***Skiriama kaip I eilės gydymas, aptarus konsiliumu, rekomenduojant bei kontroliuojant universitetų ligoninėms.

 Skiriama (•) pažymėta schema, kai nėra viršyta Doxorubicini suminė 550 mg/m^2 dozė.

 Vyresnėms nei 60 m. moterims galima dozių redukcija.

 Kompensuojamų priešnavikinių vaistų skyrimas vykdomas kontroliuojant universitetų ligoninėms.

_____

5 PRIEDAS

Ambulatorinio, kompensuojamo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, krūties piktybinių navikų gydymo schema

HORMONOTERAPIJA

Adjuvantinė
Tamoksifenas 20 mg/d. iki ligos progresavimo, bet ne ilgiau nei 5 metus

I eilės hormonoterapija:
Jeigu navikas metastazavęs, skiriamas tamoksifenas arba selektyvūs aromatazės inhibitoriai:
Tamoksifenas 20 mg/d. iki ligos progresavimo
Aminogluthetimide 250 mg 2k/d (neselektyvus aromatazės inhibitorius) kartu su pakaitine gliukokortikoidų terapija

*Selektyvūs aromatazės inhibitoriai skiriami, jeigu pacientė netoleruoja Tamoxifeno.

II eilės hormonoterapija (po tamoksifeno skyrimo, progresuojant ligai):
Anastrozolis 1 mg/d. iki ligos progresavimo;
Letrozolis 2,5 mg/d. iki ligos progresavimo;

II ir III eilės hormonoterapija:
Megestrolio acetatas 160 mg/d.

LHRH agonistai – premenopauzėje nustačius teigiamus estrogenų receptorius (ar jų neištyrus) moterims, sergančioms pažengusiu krūties vėžiu:
Goserelinas 3,6 mg kas 4 sav. ne ilgiau 2,5 metų.
PASTABA.
Hormonoterapija neskiriama, nustačius neigiamus estrogenų, progesteronų receptorius.

ANTIEMETIKAI

Ondansetronas* 8-32 mg/p į/v ar per os
Tropisetronas* 5 mg/p į/v ar per os
Granisetronas* 1-3 mg/p į/v
* – dozės yra individualios, keičiamos priklausomai nuo to, kaip pacientas toleruoja chemoterapiją.

_____

5 PRIEDAS

Ambulatorinio, kompensuojamo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, krūties piktybinių navikų gydymo schema

BIFOSFONATAI

Bifosfonatai skiriami:

 Osteoklastinio–osteolizinio pobūdžio kaulų metastazėms gydyti, esant neefektyviai spindulinei terapijai.

Pamidronatas (Aredia) 90 mg į/v infuzija kas 4 sav. arba 60 mg į/v infuzija kas 3 sav. Vartojimo trukmė – 1 metai.

Klodronatas (Bonefos) 300 mg/d.1-5d. į/v, kol normalizuosis kalcio kiekis kraujyje, po to 1600 mg/p per os (dozė gali būti koreguojama priklausomai nuo inkstų funkcijos). Vartojimo trukmė – 1 metai.

Epoetinas alfa skiriamas kartu su chemoterapija, kai hemoglobino (Hb) koncentracija plazmoje maža (pradinis Hb≤100 g/l).

BENDROS NUORODOS

CHEMOTERAPIJOS KURSŲ SKAIČIUS

Adjuvantinis gydymas:
6 CMF
ar
4 AC
ar
6 CAF
 Neoadjuvantinis gydymas
2–6 AC
2–6 FAC
 Metastazavęs krūties vėžys
Iki 6 kursų

GYDYMO EFEKTYVUMO VERTINIMO METODIKA

 Adjuvantiniam gydymui – nėra.

 Neoadjuvantiniam gydymui – 2 ar 4 kursai nusprendžiama, atlikus krūtų echoskopiją ir/ar mamografiją. Esant uždegiminei krūties vėžio formai (T4) – iki 6 kursų.

 Metastazavusiam krūties vėžiui monitoruojamas taikinys (metastazė):

1. Tyrimo metodai priklauso nuo metastazės lokalizacijos.
2. Kontrolė yra atliekama po 2 chemoterapijos kursų.
3. Esant ligos progresavimui, keičiama į antros eilės chemoterapiją.
4. Esant stabiliai būklei, – dar 2 chemoterapijos kursai, po ko vertinama dinamika.

CHEMOTERAPIJOS SCHEMOS NEEFEKTYVUMO IR KEITIMO KITA KRITERIJAI

 Monitoruojamos metastazės didėjimas
 Ligos progresavimas
 Diseminacija

 Pavienės metastazės įtarimas, esant stabiliai ligos eigai, turi būti patvirtinamas citologiškai ir/ar histologiškai.

CHEMOTERAPIJOS NUTRAUKIMO KRITERIJAI

 Bloga tolerancija dėl toksiškumo.

 Paciento funkcinė būklė >2 pagal PSO funkcinės būklės skalę.

PATVIRTINTA
Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos
ministro 2002 m. rugpjūčio 14 d.
įsakymu Nr. 422

Plaučių piktybinių navikų (C34) diagnostikos ir ambulatorinio gydymo metodika

1. Gydytojas, įtaręs plaučių vėžio diagnozę ir atlikęs tyrimus savo kompetencijos ribose, siunčia pacientą plaučių vėžio diagnozės nustatymui pulmonologo arba onkologo chemoterapeuto, arba onkologo radioterapeuto konsultacijai į gydymo įstaigą, turinčią sąlygas pilnam plaučių vėžio ir jo išplitimo ištyrimui pagal diagnostikos metodiką (1, 2 priedas) bei kompleksiniam gydymui.

2. Gydytojas pulmonologas arba onkologas chemoterapeutas, arba onkologas radioterapeutas organizuoja paciento ištyrimą, nustato naviko išplitimą pagal TNM klasifikaciją ir stadijas.

3. Naviko diagnozė patvirtinama morfologiškai.

4. Gydytojas pulmonologas arba gydytojas onkologas chemoterapeutas, arba gydytojas onkologas radioterapeutas organizuoja paciento gydymą.

5. Gydymas priklauso nuo naviko morfologijos, išplitimo laipsnio bei paciento funkcinės būklės.

6. Plaučių vėžys gali būti gydomas tik tose asmens sveikatos įstaigose, kuriose yra kompleksinio gydymo galimybės (įskaitant chemoterapiją, krūtinės ląstos chirurgiją ir spindulinę terapiją).

7. Ambulatorinio, kompensuojamo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, plaučių vėžio gydymo schema (3, 4 priedai).

_____

1 priedas

Plaučių piktybinių navikų diagnostikos metodika

Tikslai:

1. Patvirtinti plaučių vėžio diagnozę morfologiškai.

2. Nustatyti plaučių vėžio išplitimą.

I. Tyrimai plaučių vėžiui diagnozuoti:

1. Klinikinis tyrimas.

2. Krūtinės ląstos rentgenograma (priekinė ir šoninė).

3. Skreplių citologinis tyrimas (esant sekretui).

4. Bronchoskopija su medžiagos paėmimu citologiniam ir histologiniam tyrimui.

5. Transtorakalinė plaučių audinio biopsija (jei neinformatyvi ir/ar negalima transbronchinė biopsija).

6. Plaučių audinio biopsija (video) torakoskopijos ar torakotomijos metu (jei aukščiau minėtais tyrimo metodais nepavyksta nustatyti diagnozės).

II. Tyrimai plaučių vėžio išplitimui įvertinti:*

1. Intratorakalinis išplitimas:

1.1. Krūtinės ląstos kompiuterinė tomografija (KT).

1.2. Krūtinės ląstos branduolių magneto rezonanso tyrimas (BMR) (*Pankosto* navikas).

1.3. Mediastinoskopija ar mediastinotomija ar transbronchinė tarpuplaučio limfmazgių adatinė aspiracinė biopsija (jei padidėję tarpuplaučio limfmazgiai).

1.4. Pleurocentezė (punktato citologinis ištyrimas) ± pleuros biopsija (esant pleuritui).

1.5. (Video) torakoskopija (jei pakartotina pleurocentezė nepatvirtina pleurito kilmės bei neaiški diagnozė ir/ar išplitimas).

2. Tolimųjų metastazių nustatymas:

1.6. Galvos KT ir/ar BMR (įtariant metastazes).

1.7. Kaulų scintigrafija ir rentgenogramos (įtariant metastazes; smulkialąstelinio plaučių vėžio atveju – visiems).

1.8. Viršutinio pilvo aukšto echoskopija (VPAE).

1.9. Pilvo KT (neaiškiais atvejais).

1.10. Padidėjusių limfmazgių punkcinė biopsija.

1.11. Kaulų čiulpų punkcija ar trepanobiopsija (smulkialąstelinio plaučių vėžio atveju, jei yra pakitimai kraujo tyrime).

III. Bendrieji tyrimai:

1. Bendras kraujo tyrimas.

2. Šlapimo tyrimas.

3. Biocheminiai tyrimai.

IV. Tyrimai paciento būklei įvertinti:

1. Spirograma.

2. Dvimatė širdies echoskopija (numatant operacinį gydymą ir skiriant chemoterapiją kardiotoksiniais vaistais ar cisplatina**).

* – verifikavus IV stadiją, tolesni plaučių vėžio išplitimo įvertinimo tyrimai neatliekami

** – nebūtinas

_____

2 priedas

Smulkialąstelinio plaučių vėžio atveju atliekamų tyrimų seka*

1) Anamnezė, klinikinis tyrimas, laboratoriniai tyrimai
2) VPAE
3) Pilvo KT (neaiškiais atvejais)
4) Kaulų scintigramos
5) Kaulų rentgenogramos (neaiškiais atvejais)
6) Galvos smegenų KT**
7) Kaulų čiulpų punkcija ar trepanobiopsija

* – nustačius išplitusią formą, tolesni tyrimai neatliekami
**- nebūtinas

_____

3 priedas

Ambulatorinio, kompensuojamo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, nesmulkialąstelinio plaučių vėžio gydymo schema

Lokaliai išplitusio ar metastazavusio nesmulkialąstelinio plaučių vėžio chemoterapija

I eilės chemoterapija vykdoma pasirenkant vieną iš pateiktų schemų

Cisplatina 60-120 mg/m^2 1d. (dozę galima išdalinti per 3 dienas)
Etopozidas 100-120 mg/m^2 1-3d.
kas 3–4 sav. – iki 6 kursų

II eilės chemoterapija

*Cisplatina 75–100 mg/m^2 1d.
Gemcitabinas 1250 mg/m^2 1, 8 d. kas 3 sav. arba 1, 8, 15 d. kas 4 sav. – iki 6 kursų

ARBA
*Cisplatina 75 mg/m^2 1d.
Docetakselis 75 mg/m^2 1d.
kas 3 sav. – iki 6 kursų

ARBA
*Cisplatina 80 mg/m^2 1d.
Paklitakselis 175 mg/m^2 1d.
kas 3 sav. – iki 6 kursų

ARBA
*Docetakselis 75–100 mg/m^2 1 d. kas 3 sav. – iki 6 kursų

ARBA
*Gemcitabinas 1000 mg/m^2 1, 8, 15 d. kas 4 sav. – iki 6 kursų

* – Kaip I eilės gydymas gali būti skiriamas pagal universitetų ligoninių paskyrimus (rekomendacijas).

Pastabos:

1. Kartu su chemoterapija cisplatinos pagrindu turi būti skiriami antiemetikai:
ondansetronas** 8–32 mg/p į veną ar per os
granisetronas** 1–3 mg/p į veną ar 1–2 mg/p per os
tropisetronas** 5 mg/p į veną ar per os
** dozės yra individualios, keičiamos priklausomai nuo to, kaip pacientas toleruoja chemoterapiją.
2. Kartu su cisplatina būtina užtikrinti hidrataciją.
3. Epoetinas alfa skiriamas gydant priešnavikiniais vaistais, kai hemoglobino koncentracija plazmoje maža (Hb ≤ 100g/l).

_____

4 priedas

Ambulatorinio, kompensuojamo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, smulkialąstelinio plaučių vėžio gydymo schema

SMULKIALĄSTELINIO PLAUČIŲ VĖŽIO CHEMOTERAPIJA

Cisplatina 60-100 mg/m^2 1 d. (dozę galima išdalyti per tris dienas)
Etopozidas 100-120 mg/ m^2 1–3 d.
kas 3 sav. – iki 6 kursų

ARBA
Ciklofosfamidas 1000 mg/m^2 1d.
Doksorubicinas 40–50 mg/m^2 1d.
Vinkristinas 2,0 mg 1d.
kas 3 sav. – iki 6 kursų

ARBA
Etopozidas 50 mg/m^2 p/o iki 21 dienos
kas 4 sav. – iki 6 kursų

ARBA
Vinkristinas 1 mg/m^2 1 d.*
Etopozidas 100-120 mg/m^2 1–3 d.
kas 3 sav. – iki 6 kursų
* – kai paciento funkcinė būklė > 2 pagal PSO funkcinės būklės skalę

ARBA
Ciklofosfamidas 1000 mg/m^2 1 d.
Doksorubicinas 45–50 mg/m^2 1 d.
Etopozidas 80 mg/m^2 1–3 d. arba 100 mg/m^2 1, 3, 5 d.
kas 3 sav. – iki 6 kursų

Pastabos:
1. Kartu su chemoterapija cisplatinos pagrindu turi būti skiriami antiemetikai:
ondansetronas* 8–32 mg/p į veną ar per os
granisetronas* 1–3 mg/p į veną ar 1-2 mg/p per os
tropisetronas* 5 mg/p į veną ar per os
* dozės yra individualios, keičiamos priklausomai nuo to, kaip pacientas toleruoja chemoterapiją.
2. Kartu su cisplatina būtina užtikrinti hidrataciją.
3. Epoetinas alfa skiriamas gydant priešnavikiniais vaistais, kai hemoglobino koncentracija plazmoje maža (Hb ≤ 100g/l).

Bendros nuorodos

Chemoterapijos kursų skaičius

 4–6 chemoterapijos kursai
 2–4 chemoterapijos kursai prieš spindulinį gydymą ar operacinį gydymą lokaliai išplitusio nesmulkialąstelinio plaučių vėžio atveju

Gydymo efektyvumo vertinimo metodika

 Kursų skaičius nustatomas įvertinus efektą po 2 chemoterapijos kursų
 Jei yra regresija ar stabili liga ir gera tolerancija – 6 kursai
 Jei yra regresija ar stabili liga, bet bloga tolerancija dėl toksiškumo – 4 kursai
 Jei yra progresija, keičiama į antros eilės chemoterapiją arba chemoterapija nutraukiama
 Gydant lokaliai išplitusį nesmulkialąstelinį plaučių vėžį, prieš spindulinį gydymą arba operacinį gydymą skiriami:
- 2 chemoterapijos kursai, jei progresija ar stabili liga ar bloga tolerancija dėl toksiškumo
- iki 4 chemoterapijos kursų, jei regresija ir gera tolerancija
 Gydymo efektyvumo vertinimas:
- plaučių naviko dinamikos įvertinimui atliekama krūtinės ląstos kompiuterinė tomografija arba krūtinės ląstos rentgenograma
- metastazių dinamikos įvertinimui tyrimo metodai parenkami pagal metastazių lokalizaciją

Chemoterapijos schemos neefektyvumo ir keitimo kita kriterijai

 Ligos progresavimas

Chemoterapijos nutraukimo kriterijai
 Bloga tolerancija dėl toksiškumo
 Paciento funkcinė būklė > 2 pagal PSO funkcinės būklės skalę

_____

PATVIRTINTA
Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos
ministro 2002 m. rugpjūčio 14 d.
įsakymu Nr. 422

PROSTATOS PIKTYBINIŲ NAVIKŲ (C61) DIAGNOSTIKOS IR AMBULATORINIO GYDYMO METODIKA

1. Gydytojas, įtaręs priešinės liaukos vėžio diagnozę ir atlikęs tyrimus savo kompetencijos ribose, siunčia pacientą priešinės liaukos vėžio diagnozės nustatymui į gydymo įstaigą, teikiančią onkologinę pagalbą ir turinčią sąlygas pilnam priešinės liaukos vėžio ir jo išplitimo ištyrimui pagal diagnostikos metodiką (4 priedas).

2. Sveikatos priežiūros įstaigose, turinčiose reikalingas tarnybas ir specialistus, užtikrinamas pilnas paciento ištyrimas ir nustatoma gydymo taktika.

3. Nustatomas naviko išplitimas pagal TNM klasifikaciją ir stadijas (1 priedas).

4. Naviko diagnozė patvirtinama morfologiškai (2 priedas).

5. Prieš skiriant kompleksinį gydymą įvertinami prognostiniai veiksniai (3 priedas).

6. Priešinės liaukos vėžys gydomas tik tose asmens sveikatos priežiūros įstaigose, kuriose yra kompleksinio gydymo galimybės (įskaitant priešinės liaukos vėžio chirurgiją, spindulinę terapiją, chemoterapiją).

7. Ambulatorinio, kompensuojamo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, prostatos piktybinių navikų gydymo schema (5 priedas).

_____

1 PRIEDAS

TNM klasifikacija

Klasifikuojama tik adenokarcinoma. Sarkomos ar pereinamųjų ląstelių karcinomos neklasifikuojamos. Priešinės liaukos pereinamųjų ląstelių karcinoma klasifikuojama kaip šlaplės navikas.

Klinikinė TNM klasifikacija

T	**Pirminis navikas**
TX:	Pirminio naviko neįmanoma įvertinti
T0:	Nėra pirminio naviko požymių
T1:	Kliniškai nepasireiškiantis, nepalpuojamas, vizualizacijos metodais nepastebimas navikas
T1a:	Navikas atsitiktinai histologiškai rastas mažiau kaip 5 proc. rezekuoto audinio
T1b:	Navikas atsitiktinai histologiškai rastas daugiau kaip 5 proc. rezekuoto audinio
T1c:	Navikas aptiktas ištyrus punkcinės biopsijos medžiagą (atliktos dėl padidėjusio PSA)
T2:	Navikas, apribotas priešinės liaukos*
T2a:	Navikas apėmęs vieną skiltį
T2b:	Navikas apėmęs abi skiltis
T3:	Navikas infiltravęs priešinės liaukos kapsulę**
T3a:	Ekstrakapsulinis išplitimas (vienpusis ar abipusis)
T3b:	Navikas infiltravęs sėklines pūsleles, nefiksuotas
T4:	Navikas nejudrus arba infiltravęs gretimas struktūras: sėklines pūsleles, šlapimo pūslės kaklelį, išorinį sfinkterį, tiesiąją žarną, keliamuosius išangės raumenis ir/arba mažojo dubens sieną

Pastabos:

*Navikas, aptinkamas tiriant punkcinės biopsijos medžiagą, bet nepalpuojamas ir nepastebimas vizualizacijos metodais, klasifikuojams kaip T1.

**Išplitimas į priešinės liaukos viršūnę ir į kapsulę (jos neperaugant) klasifikuojamas ne kaip T3, o kaip T2.

Priešinės liaukos sritiniai limfmazgiai (N) yra dubenyje, išsidėstę žemiau bendrųjų klubinių arterijų bifurkacijos. Laterališkumas neturi įtakos N klasifikacijai.

N	**Sritiniai limfmazgiai**
NX:	Metastazių sritiniuose limfmazgiuose neįmanoma įvertinti
N0:	Metastazių sritiniuose limfmazgiuose nėra
N1:	Metastazės sritiniuose limfmazgiuose ar limfmazgyje

M	**Tolimosios metastazės*** **
MX:	Tolimųjų metastazių neįmanoma įvertinti
M0:	Tolimųjų metastazių nėra
M1:	Yra tolimųjų metastazių
M1a:	Yra metastazių neregioniniuose limfmazgiuose
M1b:	Yra metastazių kauluose
M1c:	Yra kitokių tolimųjų metastazių

Pastaba:

*** kai randama daugiau kaip vienos lokalizacijos metastazių, klasifikuojama labiau išplitusi lokalizacija

Patologinė pTNM klasifikacija:

Kategorijos pT, pN ir pM atitinka kategorijas T, N, ir M.

Kategorijos pT1 nėra, kadangi šiuo atveju būna per mažai medžiagos įvertinti didžiausią pT kategoriją.

Grupavimas pagal stadijas

I stadija	T1a	N0	M0	G1
II stadija	T1a	N0	M0	G2,3–4
	T1b	N0	M0	bet koks G
	T1c	N0	M0	bet koks G
	T2	N0	M0	bet koks G
III stadija	T3	N0	M0	bet koks G
IV stadija	T4	N0	M0	bet koks G
	Bet koks T	N1	M0	bet koks G
	Bet koks T	N2	M0	bet koks G
	Bet koks T	N3	M0	bet koks G
	Bet koks T	bet koks N	M1	bet koks G

2 PRIEDAS

Histologinė klasifikacija

Epiteliniai navikai:
 Adenokarcinoma
-Nustatoma tik kanalėliuose
-Mucinozinė
 Smulkių ląstelių karcinoma
 Tarpinių ląstelių karcinoma
 Karcinoma *in situ* (intraepitelinė neoplazija) ir neoplazijos pirmtakai
Karcinosarkoma
Neepiteliniai navikai
 Mezenchiminė-gerybinė ir piktybinė
 Limfoma
Germinaciniai navikai

Grupavimas pagal Gleason sumą:

Gleason suma	
2–4	gerai diferencijuotas vėžys
5–6	vidutiniškai diferencijuotas vėžys
7	vidutiniškai blogai diferencijuotas vėžys
8–10	blogai diferencijuotas vėžys

Naviko diferenciacijos laipsnis:

GX	diferenciacijos laipsnio neįmanoma įvertinti
G1	gerai diferencijuotas vėžys
G2	vidutiniškai diferencijuotas vėžys
G3–4	blogai diferencijuotas/nediferencijuotas vėžys

3 PRIEDAS

Prognostiniai veiksniai

1. Naviko išplitimas (T kategorija)
2. Histologinė diferenciacija (Gleasono laipsnis)
3. Serumo PSA lygis
4. Amžius
5. Bendra funkcinė ligonio būklė, įvertinant gretutines lėtines ligas
6. Serumo testosterono ir šarminės fosfatazės lygis*
7. Skeleto scintigrafijos duomenys**

*Papildomas tyrimas, esant galimybėms
**Būtina atlikti, kai PSA lygis >10ng/ml

4 PRIEDAS

Diagnostikos metodika

Diagnostikos pagrindai: priešinės liaukos vėžio diagnostikai būtini tyrimai yra PSA nustatymas, priešinės liaukos palpacija per tiesiąją žarną – rektalinis tyrimas, echoskopija (tiksliausia–transrektalinė) ir adatinė punkcinė biopsija (6 gabalėliai).

Kraują PSA nustatymui būtina paimti prieš minėtas manipuliacijas.

PSA nustatymas yra jautriausias ir specifiškiausias markeris ankstyvai diagnostikai ir ligos eigos kontrolei. Nustatytas lygis serume priklauso nuo paciento amžiaus, priešinės liaukos tūrio (organui specifinis markeris).

Tyrimai, atliekami T, N ir M kategorijų įvertinimui:

T kategorija Digitalinis rektalinis ištyrimas, vizualizacija atliekant transrektinę echoskopiją, kompiuterinę tomografiją, biopsinės medžiagos ištyrimas*

N kategorija Vizualizacijos metodai (echoskopija ir/ar kompiuterinė tomografija) ir/arba pooperacinis limfmazgių ištyrimas (abipusė klubinė limfadenektomija – atvira arba laparoskopinė)

Sritinis naviko išplitimas vertinamas planuojant radikalų priešinės liaukos vėžio gydymą. Jis svarbus, kai nustatomas aukštas PSA lygis (>20 ng/ml), blogos diferenciacijos, didelis pirminis navikas (>T2b) ir perineurinė naviko invazija

M kategorija Skeleto scintigrafija** ir/ar rentgenologinis tyrimas, krūtinės ląstos rentgenograma, pilvo echoskopija.

****Punkcinė biopsija ir histologinė naviko diagnostika:***

Indikacija punkcinei biopsijai yra PSA lygis serume > 4 ng/ml ir/arba apčiuopiami induraciniai pokyčiai arba mazgas priešinėje liaukoje.

Jei paciento funkcinė būklė patenkinama (galimas radikalus gydymas), nustatomas PSA lygis 4–10 ng/ml, o digitaliai ir echoskopijos metu priešinė liauka atrodo nepakitusi, tikslinga atlikti sekstantinę (6 gabalėliai) liaukos biopsiją.

Jeigu, atlikus pirminę priešinės liaukos biopsiją, nustatoma intraepitelinė priešinės liaukos neoplazija, būtina kartoti biopsiją.

*****Skeleto scintigrafija:***

Skeleto scintigrafiją būtina atlikti, jei:

 PSA lygis serume > 10 ng/ml

 Pirminis navikas – T1, T2 su Gleason laipsniu ≥ 8

 Diagnozavus T3, T4 pirminį naviką ir nustačius klinikinius metastazinio proceso kauluose simptomus

 Jei PSA lygis serume < 10 ng/ml, šis metodas nerekomenduojamas dėl mažos metastazių tikimybės

 Kaulų destrukcijos lokalizacija gali būti patikslinama tiksline rentgenografija ar kompiuterine tomografija

Kompiuterinė tomografija:

Atliekama planuojant radikalią (≥70 Gy) pritaikomąją spindulinę terapiją arba radikalią prostatektomiją. Šis metodas reikalingas priešinės liaukos ir dubens limfmazgių būklei įvertinti.

Magnetinio rezonanso tomografija:

Šis metodas klinikinėje praktikoje taikomas dubens ir pilvo limfmazgių bei stuburo slankstelių metastazių patikslinimui, jei nurodytais metodais nepavyksta to įvertinti.

5 PRIEDAS

Ambulatorinio, kompensuojamo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, prostatos piktybinių navikų gydymo schema

Stadija	Gydymas	Komentarai
T1a	Stebėjimo ir laukimo taktika	Standartinė taktika, esant gerai ar vidutiniškai diferencijuotam navikui ir laukiamam išgyvenamumui < 10 metų. Pacientams su laukiamu išgyvenamumu > 10 metų patariama kartoti prostatos biopsijas.
	Radikali prostatektomija Spindulinė terapija	Renkamasi jaunesniems pacientams su laukiamu ilgu išgyvenamumu, nustačius blogai diferencijuotą naviką. Hormonoterapija neskiriama.
T1b – T2b	Stebėjimo ir laukimo taktika	Simptomų neturintiems pacientams, esant gerai ar vidutiniškai diferencijuotam navikui ir laukiamam išgyvenamumui < 10 metų. Pacientams, kurie nenori patirti su gydymu susijusių galimų komplikacijų.
	Radikali prostatektomija	Pacientai su laukiamu išgyvenamumu > 10 metų, ypač nustačius blogai diferencijuotą naviką. Skirti 2-3 mėnesių trukmės neoadjuvantinę hormonų terapiją.
	Spindulinė terapija	Pacientai su laukiamu išgyvenamumu > 10 metų. Pacientai, kuriems kontraindikuotina radikali prostatektomija. Netinkami operacijai pacientai su laukiamu išgyvenamumu 5 – 10 metų ir blogai diferencijuotu naviku. Dozė ≥70 Gy. Skirti 2-3 mėnesių trukmės neoadjuvantinę hormonoterapiją, spindulinio gydymo metu ir po jo. Viso hormoninio gydymo trukmė neviršija 6 mėn.
	Hormonoterapija (antiandrogenų monoterapi ja arba farmakologinė ar chirurginė kastracija)	Simptomų turintys pacientai, netinkantys radikaliam gydymui. Jų netinkamumas radikaliam gydymui įvertinamas onkologo-radioterapeuto, urologo ir onkologo-chemoterapeuto konsiliumu.
T3 – T4 N0 M0	Stebėjimo ir laukimo taktika	Pasirinkimo galimybė pacientams su T3, esant gerai ir vidutiniškai diferencijuotiems navikams ir laukiamu išgyvenamumu < 10 metų. Hormonoterapija netaikoma.
	Radikali prostatektomija	Pasirinkimo galimybė, kai PSA < 20 ng/ml, T3, Gleason laipsnis < 8 ir laukiamu išgyvenamumu > 10 metų.
	Spindulinė terapija	T3 pacientai su laukiamu išgyvenamumu > 5 – 10 metų. Dozė ≥ 70 Gy.
	Hormonoterapija 1. farmakologinė ar chirurginė kastracija 2. antiandrogenų monoterapija	Simptomus turintys pacientai su T3 – T4 išplitimu, PSA >25 ng/ml, netinkami kitam gydymui. Jų netinkamumas radikaliam gydymui įvertinamas onkologo–radioterapeuto, urologo ir onkologo-chemoterapeuto konsiliumu.
	Kombinuotas gydymas	Spindulinė terapija + hormonų terapija (prieš spindulinę terapiją, laike jos ir po jos – iš viso 6 mėnesius). Radikali prostatektomija+ 2 mėnesių trukmės neoadjuvantinė hormonoterapija (kai PSA < 20 ng/ml, T3, Gleason laipsnis < 8 ir laukiamas išgyvenamumas >10 metų).

N+, M0	Stebėjimo ir laukimo taktika	Simptomų neturintys pacientai. Paciento pasirinkimas.
	Radikali prostatektomija	Paciento pasirinkimas.
	Spindulinė terapija	Paciento pasirinkimas.
	Hormonoterapija	Farmakologinė (iki 2 metų trukmės) ar chirurginė kastracija. Antiandrogenų monoterapija. Intermituojanti hormonoterapija.
	Kombinuotas gydymas	Paciento pasirinkimas: spindulinė terapija arba radikali prostektomija + 2 mėn. trukmės neoadjuvantinė hormonoterapija, kaip prie T3 stadijos gydymo.
M+	Hormonoterapija	Farmakologinė (trukmė iki 2 metų) ar chirurginė kastracija. Antiandrogenų monoterapija. Atsiradus rezistentiškumui hormonoterapijai, rekomenduojama: □ kastracija □ estrogenai □ chemoterapija. Sekant PSA, nesant jo mažėjimo, hormoninis gydymas nutraukiamas.

Bendros nuorodos

1. Farmakologinė kastracija:
LHRH agonistai:
Goserelinas 3,6mg kas 4 sav. arba 10,8mg kas 12 sav.
Triptorelinas 3,75 mg kas 4 sav.
Leuprorelinas 3,75mg kas 4 sav.
2 sav. prieš LHRH agonistų pirmą injekciją ir 2 savaites po jos skirti bikalutamido po 50mg arba cyproterono acetato 100 mg parai

2. Chirurginė kastracija: sėklidžių enukleacija arba sėklidžių pašalinimas (orchektomija)

3. Antiandrogenų monoterapija:
bikalutamidas 150mg parai;
cyproterono acetatas 200-300mg parai

4. Neoadjuvantinė hormonoterapija

Antiandrogenų monoterapijos variantas
Farmakologinės kastracijos variantas

5. Bifosfonatai
□ Skiriami tik osteoklastinėms-osteolizinėms kaulų metastazėms gydyti po neefektyvios spindulinės terapijos
□ Naudojimo trukmė neviršija 1 metų
Pamidronatas (Aredia) 90mg į/v kas 4 sav. arba 60mg į/v kas 3 sav.
Klodronatas (Bonefos) 300mg/d į/v 1-5 d., kol normalizuosis kalcio kiekis kraujyje, po to 1600mg/p per os (dozė koreguojama priklausomai nuo inkstų funkcijos)

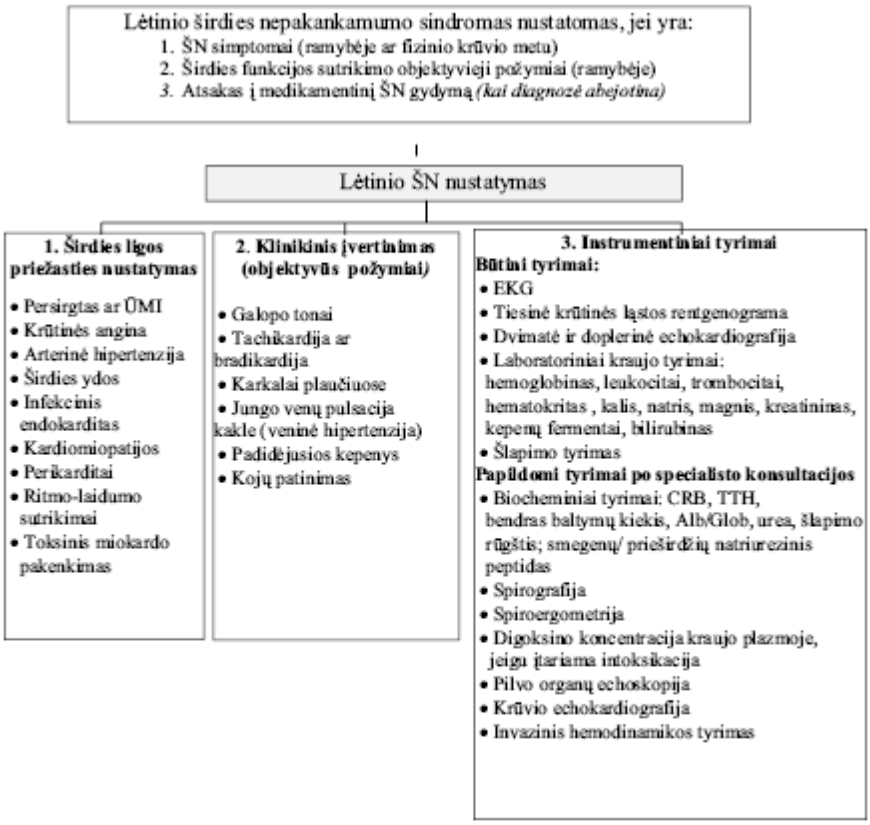
PATVIRTINTA
Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos
ministro 2002 m. rugpjūčio 14 d.
įsakymu Nr. 422

ŠIRDIES VEIKLOS NEPAKANKAMUMO (TLK kodas I 50.) AMBULATORINĖS DIAGNOSTIKOS IR GYDYMO METODIKA

(vadovaujantis kompensuojamų iš PSDF vaistų sąrašu, SAM įsakymas Nr. 84 2002 02 14)

LĖTINIO ŠIRDIES NEPAKANKAMUMO (ŠN) AMBULATORINĖ DIAGNOSTIKA

Lėtinio ŠN paplitimas populiacijoje – 2%, virš 65 m. > 10%,
kairiojo skilvelio besimptomė disfunkcija – 2,9 %



ŪMI – ūmus miokardo infarktas,
EKG – elektrokardiografinis tyrimas,
CRB – C reaktyvinis baltymas,
TTH – tireotropinis hormonas



Širdies ir kraujagyslių Niujorko širdies asociacijos (NYHA) funkcinio pajėgumo klasės

Funkcinė klasė	Požymiai
I (kompensuotas ŠN)	Ligoniai, kuriems yra minimalių širdies sutrikimų. Jie gerai toleruoja fizinį krūvį ir jo metu bei ramybėje jokio diskomforto nejaučia. Tiriant nustatoma širdies patologija.
II	Ligoniai patiria nemalonių jutimų (širdies plakimą, dusulį, greitą nuovargį) tik sunkaus fizinio krūvio metu. Gerai jaučiasi ramybėje bei dirbdami vidutinio sunkumo fizinį darbą. Dėl kompensacinių-adaptacinių rezervų minutinis širdies tūris būna normalus, bet padidėja galinis diastolinis, sisteminis veninis spaudimas bei spaudimas plautiniame kamiene.
III	Vidutinio fizinio krūvio metu ligoniai patiria diskomfortą – padažnėjusį širdies plakimą, dusulį, greitą nuovargį, bet gerai jaučiasi ramybės būsenoje bei nedidelio įprastinio fizinio krūvio metu. Hemodinamika būna ryškiai sutrikusi.
IV	Ligoniai, kuriems bet koks fizinis aktyvumas sukelia nemalonius jutimus. Diskomforto reiškiniai – dusulys, tachikardija, krūtinės angina ir kt. yra ramybės būsenoje ir gali kartotis arba išlikti.

ŠN vystymosi stadijos*:

(*Amerikos Kardiologų kolegijos ir Amerikos Širdies asociacijos Širdies nepakankamumo įvertinimo ir gydymo 2001 m. gairės)

***A** stadija: Yra didelė ŠN išsivystymo rizika, bet dar nėra nustatyta širdies liga*
B stadija: Jau yra struktūrinė širdies liga, bet dar nėra klinikinių ŠN simptomų
C stadija: Yra ir širdies liga, ir ŠN simptomai bei požymiai
***D** stadija: Refrakterinis gydymui ŠN, kai reikalingos specialiosios intervencijos*

Gydymo principai atsižvelgiant į ŠN stadijas:

A stadijoje – ŠN rizikos veiksnių korekcija ir AKFI* vartojimas, jei nustatyta kairiojo skilvelio disfunkcija, yra tokie IŠL rizikos veiksniai kaip arterinė hipertenzija ir diabetas.

B stadijoje – Gydymo priemonės kaip ir A stadijoje. AKFI, jei yra kairiojo skilvelio sistolinė disfunkcija.

BAB**, jei persirgo ŪMI, neatsižvelgiant į kairiojo skilvelio išstūmimo frakcijos dydį.

C stadijoje – Gydymo priemonės kaip ir A stadijoje ir kasdieninis valgomosios druskos apribojimas bei nuolatinis šių vaistų vartojimas: AKFI*, BAB**, diuretikų ir ŠVG***.

D stadijoje – Gydymo priemonės kaip ir A, B, C stadijose bei inotropinę širdies funkciją palaikančių vaistų nuolatinis vartojimas ir mechaninės gydymo priemonės (kairįjį skilvelį pavaduojantys prietaisai, širdies transplantacija), o jei prognozė bloga – pacientų nuolatinis gydymas slaugos ligoninėje.

**AKFI – angiotenziną konvertuojančio fermento inhibitoriai,*
***BAB – beta-adrenoblokatoriai,*
****ŠVG- širdį veikiantys glikozidai*

AMBULATORINIS LĖTINIO ŠIRDIES NEPAKANKAMUMO GYDYMAS

Gydymo programą sudaro:

1. Nemedikamentinės priemonės ir ambulatorinės reabilitacijos programos
2. Medikamentinis gydymas
3. Savalaikis nukreipimas chirurginiam gydymui

Sveikatos priežiūrą užtikrina šie specialistai:

1. Kompensuotus ŠN sergančius pacientus gydo bendros praktikos gydytojai (BPG), konsultuojant kardiologui, kaip reglamentuota pagrindiniam širdies susirgimui.
2. Esant dekompensuotam ŠN (II – III – IV NYHA f. kl.), kardiologas konsultuoja kas 3 mėn, o IV NYHA f. kl. pacientus kardiologas/kardiochirurgas konsultuoja pagal poreikį.
3. Reabilitologas įsijungia į gydymo programą pagal poreikį.

Nemedikamentinės gydymo priemonės. Bendros nuorodos gydant ŠN

Širdies pažeidimo rizikos mažinimas

nutraukti rūkymą
hipertenzijos, hiperlipidemijos, cukraligės gydymas ir kontrolė
alkoholio vartojimo žymus apribojimas (nutraukimas dekompensacijos stadijoje)

Skysčių balanso reguliavimas ir korekcija

NaCl < 3g/d
svorio stebėjimas 2 kartus per savaitę (svyravimai ≤ 1 kg)
arba
skysčių balanso reguliavimas tuomet, kai yra pabrinkimai

Fizinio krūvio korekcija

→ Apribojimas paūmėjus ŠN.
Reabilitologų paskirtos fizinio treniravimo programos priklausomai nuo funkcinės klasės

Priemonės specialiems ligonių kontingentams

Prieširdžių virpamoji aritmija/supraventrikulinė tachikardija
↓
kontroliuoti širdies susitraukimų dažnį
ŠVG/BAB/Amiodaronas/Elektrinė širdies stimuliacija

Prieširdžių virpamoji aritmija ir/ar yra didelė tromboembolijų rizika
ir/ar buvusios tromboembolijos
↓
Netiesioginio veikimo antikoaguliantai

Išemija, kai miokardas dar gyvybingas
↓
Ankstyvas nukreipimas miokardo revaskuliarizacijai

Sergant ŠN vengti šių medikamentų kitų susirgimų gydymui

↓ Antiaritmikų, jei aritmijos besimptomės

↓ Kalcio kanalų blokatorių (išskyrus amlodipiną ir felodipiną, kurie sąlyginai saugūs)

↓ Nesteroidinių vaistų
Triciklinius nuo uždegimo antidepresantus (terfenadiną su astemizoliu)

Kitos rekomenduojamos priemonės

↓ Priešgripinė ir priešpneumokokinė imunizacija

↓ Gydymo monitoravimas 2 kartus per mėnesį ankstyvam klinikinės būklės pablogėjimo nustatymui, esant III-IV NYHA f. kl. ŠN

1. Medikamentinis ambulatorinis lėtinio ŠN gydymas (TLK kodas I 50.)

(vadovaujantis sveikatos apsaugos ministro 2002 m. vasario 14 d. įsakymu Nr. 84 „Dėl ligų ir kompensuojamųjų vaistų joms gydyti sąrašas (A sąrašas)“

ŠN gydymui C stadijoje ir jo progresavimo pristabdymui nepertraukiamai ilgą laiką vartojami vaistai ir siekiama šių tikslų:

1. Pagerinti gyvenimo kokybę (diuretikai ir širdį veikiantys glikozidai).
2. Pristabdyti ŠN progresavimą ir prailginti gyvenimą (angiotenziną konvertuojančio fermento inhibitoriai, beta-adrenoreceptorių blokatoriai, aldosterono antagonistai).
3. Perspėti staigios mirties išsivystymą.
4. Teisingai gydant siekiama suretinti gydymo dėl ŠN ligoninėje poreikį ir tuo būdu taupyti lėšas.

2.1. Angiotenziną konvertuojančio fermento inhibitoriai (AKFI)

Indikacijos:

 Pradedami skirti ultragarsu nustačius KS sistolinę disfunkciją visiems persirgusiems MI ligoniams (pagal TLK kodą I 21-23).

 AKFI skiriami kiekvienam pacientui nustačius ŠN nepriklausomai nuo NYHA funkcinės klasės.

 Skiria kardiologas-specialistas arba bendrosios praktikos gydytojas

Dozavimo principai:

- pradedama nuo mažiausios dozės,
- dozė dvigubinama kas 2 savaitės iki maksimalios toleruojamos dozės, kurią pasiekus gydymas tęsiamas nepertraukiamai,
- stebimi biocheminiai tyrimai: kalio bei kreatinino koncentracija kraujyje tiriama praėjus 3 d. po kiekvienos dozės pakeitimo, o esant pastoviam vartojimui – 1 kartą per mėn.

NB: ambulatorinės palaikomosios dozės visada turi būti didesnės nei pradinės dozės stacionarinio gydymo etape.

AKFI pasirinkimo principai gydant ŠN ir siekiant pristabdyti jo progresavimą:

Pirmo pasirinkimo vaistas – ilgos veikimo trukmės ir veikiantys audinius (organoprotekcinis) AKFI: **ramiprilis**.

Pastaba: *Lietuvoje ŠN gydymui į kompensuojamų vaistų sąrašą įtrauktas vienintelis organoprotekcinis AKFI – **ramiprilis.***

2.1. Kompensuojami AKF inhibitoriai	Pradinė dozė		Palaikomoji dozė, esant normaliai inkstų funkcijai, mg	**Optimali paros dozė,** esant normaliai inkstų funkcijai, mg
1.ramiprilis	1,25–2,5 mg	→	5 mg x 2	10

Antro pasirinkimo vaistai:

• esant sutrikusiai inkstų funkcijai (IV NYHA f. kl., III NYHA f. kl. ir hipertenzinė ar išeminė nefropatija), pirmiausiai pasirenkamas tas vaistas, kuris išsiskiria ir per kepenis ir per inkstus: **ramiprilis ir fozinoprilis** (kai kreatininas padidėja 50% nuo pradinės vertės, bet neviršija 266 μmol/l) arba **fosinoprilis** (esant kreatininui >266 μmol/l) ir dozė pritaikoma pagal inkstų funkcijos rodiklius. AKFI skyrimas nutraukiamas, jeigu kreatininas > 350 μmol/l.

• jei gydomas ligonis nuolatos vartoja nitratus ir reikalingos didelės jų dozės, gydyti ŠN ir nitratų tolerancijai išvengti pasirenkamas cirkuliacinę renino-angiotenzino-aldosterono sistemą (RAAS) veikiantis trumpo veikimo **kaptoprilis**.

2.1. Kompensuojami AKF inhibitoriai	Pradinė dozė		Palaikomoji dozė, esant normaliai inkstų funkcijai, mg	Optimali paros dozė, esant normaliai inkstų funkcijai, mg
2.Kaptoprilis	6,25 mg x3	→	25–50 mg x 3	150
3.Fosinoprilis	10 mg x 2	→	20 mg x 2	40
4. Enalaprilis	2,5 mg x 2	→	10 mgx2	40

2.2. Beta-adrenoreceptorių blokatoriai (BAB)*

Lietuvoje ŠN gydymui registruotas **tik karvedilolis.*

Indikacijos ir skyrimo principai:

 ŠN B stadijoje karvedilolis skiriamas ŠN prevencijai, esant besimptomei kairiojo skilvelio disfunkcijai po persirgto MI. Indikacijas karvedilolio vartojimui nustato kardiologai.

 Karvedilolis ŠN C stadijoje pradedamas skirti ŠN gydymui ir tęsiamas progresavimo pristabdymui visiems ligoniams nepriklausomai nuo NYHA f. kl.:

 II NYHA. f. kl. pradeda skirti BP gydytojas,

 III NYHA f. kl. pradeda skirti BP gydytojas tik po kardiologo konsultacijos,

 IV NYHA. f. kl. skiriamas tik kardiologo priežiūroje (kardiologo konsultacija kas 2 sav. pirmaisiais 3 mėn., vėliau – kas 3 mėn.).

2.2. Kompensuojami beta-adrenoblokatoriai (BAB)	Pradinė (mg)		Optimali dozė (mg)
Karvedilolis	3,125 x2	→	25 x2 (<85 kg) 50 x2 (>85 kg)

2.3. Diuretikai

Pradedami skirti C stadijoje, nustačius skysčių susilaikymą ir tęsiami, jei reikia, kai ŠN iš dalies kompensuotas.

Skiria BP gydytojas, o esant rezistentiškam gydymui ŠN – konsultuoja kardiologas.

Pirmo pasirinkimo diuretikai:

kilpinis diuretikas – furosemidas

tiazidinis diuretikas – hidrochlortiazidas

kalį tausojantis diuretikas – spironolaktonas

Antro pasirinkimo diuretikai:

kilpinis diuretikas – torasemidas, pasirenkamas vienas ar kombinacijose su kitais diuretikais, kai

ŠN III-IV f. kl., rezistentiškas gydymui ar lydimas skysčio kaupimosi ertmėse ir/ar hipoalbuminemijos (albuminas plazmoje < 36 g /l).

Pasirinkimas ir dozė priklauso nuo NYHA f. kl.:

 Esant IV NYHA f. kl. ar rezistentiškam gydymui ŠN po stacionarinio gydymo etapo skiriami diuretikų deriniai, bet visada pasirenkamas kilpinis diuretikas. Ambulatoriniam gydymui daliai ligonių **tęsti** dideles palaikomąsias dozes torasemido 100–200 mg, furosemido 120–800 mg derinyje su hidrochlortiazidu – HCTZ (25–50 mg) ir mažomis spironolaktono dozėmis (25–50 mg).

 Esant III NYHA f. kl., skiriami diuretikų deriniai ir visada pasirenkamas kilpinis diuretikas, skiriant jų dozę pagal skysčių balanso sutrikimą. Skiriamas furosemidas 40–400 mg arba torasemidas 10–100 mg derinyje su HCTZ (25–50 mg) ar/ir spironolaktonu 25–50 mg.

 Gydymo metu pasiekus II NYHA f. kl., **tęsiamas** furosemidas arba torasemidas (dozė priklauso nuo skysčių balanso ir hemodinamikos įvertinimo rodiklių) be spironolaktono/HCTZ.

Pastabos:

1. Jei naujai nustatoma ŠN II NYHA f. kl. be skysčių susilaikymo klinikinių požymių, diuretikai neskiriami.

2. Monoterapijai diuretikai neskiriami.

2.3. Kompensuojami diuretikai	Pradinė dozė mg		Maksimali paros dozė mg
Kilpiniai diuretikai:			
Furosemidas	20–40	→	1000 ir deriniai
Torasemidas	5–10	→	200 ir deriniai
Tiazidiniai diuretikai:			
1. Hidrochlortiazidas*	25	→	50–75

**Neskirti, jei glomerų filtracijos greitis ≤ 30 ml/min., išskyrus atvejus, kai jie skiriami kartu su kilpiniais diuretikais.*

Kalį tausojantys diuretikai/ aldosterono antagonistai:			Kartu su AKFI	Be AKFI
Spironolaktonas**	12,5	→	25	50 –150

****** *Ištirti kalio ir kreatinino koncentraciją iki paskyrimo; kontroliuoti kalio ir kreatinino koncentraciją praėjus 5–7 d. Po naujo paskyrimo ar dozės pakeitimo ir 1 kartą savaitėje, kai dozė pastovi.*

2.4. Digoksinas

Skiriamas, kai yra simptominis ŠN ir tęsiamas tik tol, kol simptomai išlieka. Ištirti kalio, magnio koncentraciją ir inkstų funkciją (kreatinino koncentraciją) prieš pradedant gydymą.

Dozavimas:

 0,25–0,375 mg dienai, jei yra sinusinis ritmas. Pradėjus standartinį gydymą digoksinu, dvi dienas galima skirti po 0,25 du kartus per dieną

 0,0625–0,125 mg, jei vyresnis amžius, jei sutrikusi inkstų funkcija

 0,5–0,75 mg, jei yra prieširdžių virpėjimo tachisistolinė forma, o kreatinino koncentracija yra normali.

Pastaba.

Rekomenduojama tirti digoksino koncentraciją nuolatos vartojant digoksiną vyresniame amžiuje, jei kartu vartojamas amiodaronas, verapamilis ar chinidinas ir esant intoksikacijos

simptomams/požymiams. Terapinė digoksino koncentracija kraujo plazmoje – 1,03–2,6 nmol/l, (toksinė digoksino koncentracija kraujo plazmoje, kai > 3,2 nmol/l).

3. Kiti rekomenduojami vaistai ambulatoriniam ŠN gydymui

Antikoaguliantai (TLK I 50.)

Skiriami tik esant tromboembolinei komplikacijai arba didelei jos išsivystymo rizikai (kairiojo skilvelio išstūmimo frakcija <30%).

Pirmo pasirinkimo vaistas yra varfarinas.

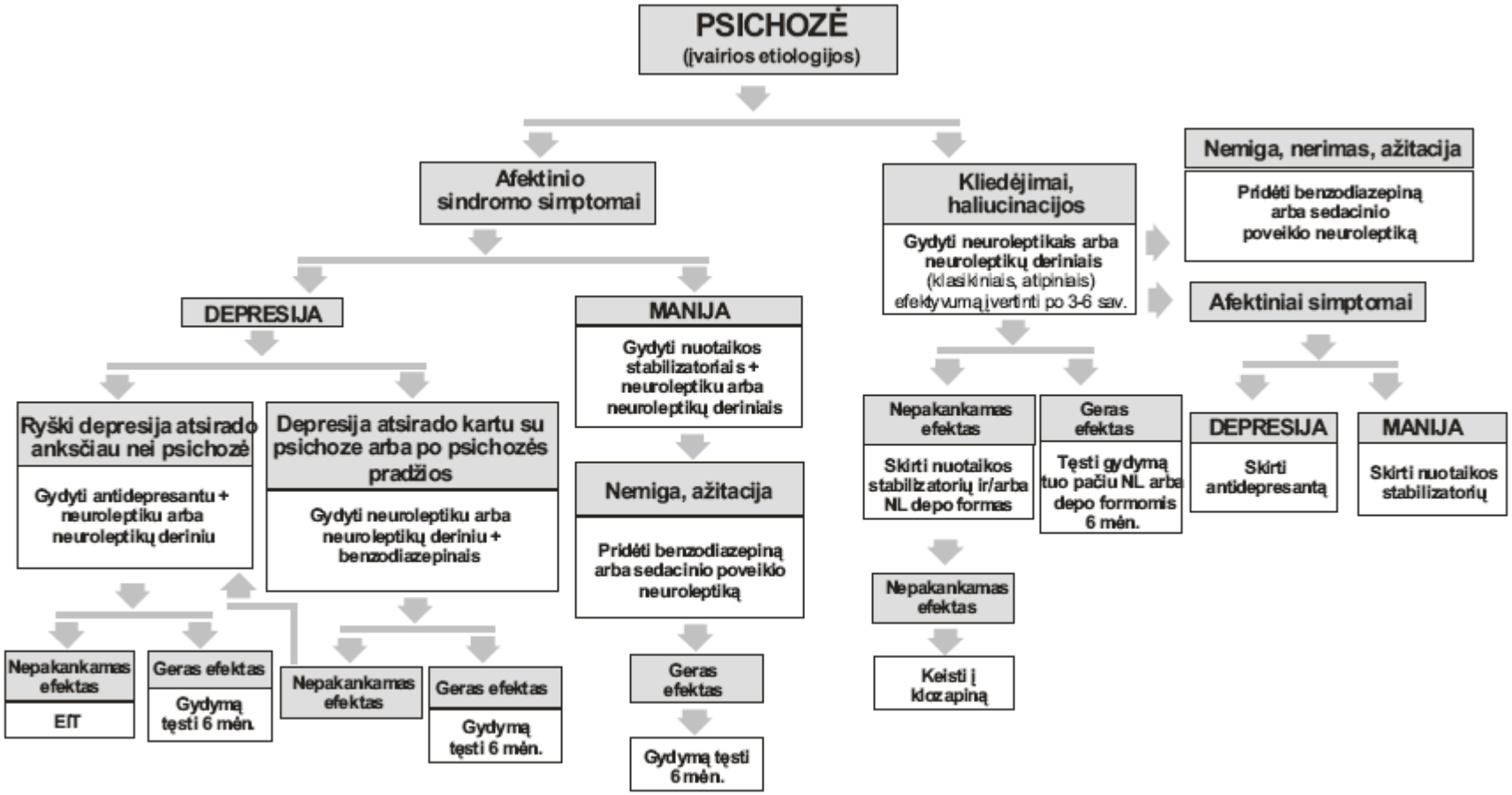
Antro pasirinkimo vaistas yra acenokumarolis, jei netoleruojamas varfarinas.

Dozavimas pagal SPA ir IN rodiklius, kurie, titruojant antikoagulianto dozę arba keičiant širdies nepakankamumo gydymą, kontroliuojami ne rečiau negu1 kartą per savaitę, o likusį laiką – ne rečiau negu 1 kartą per mėnesį.

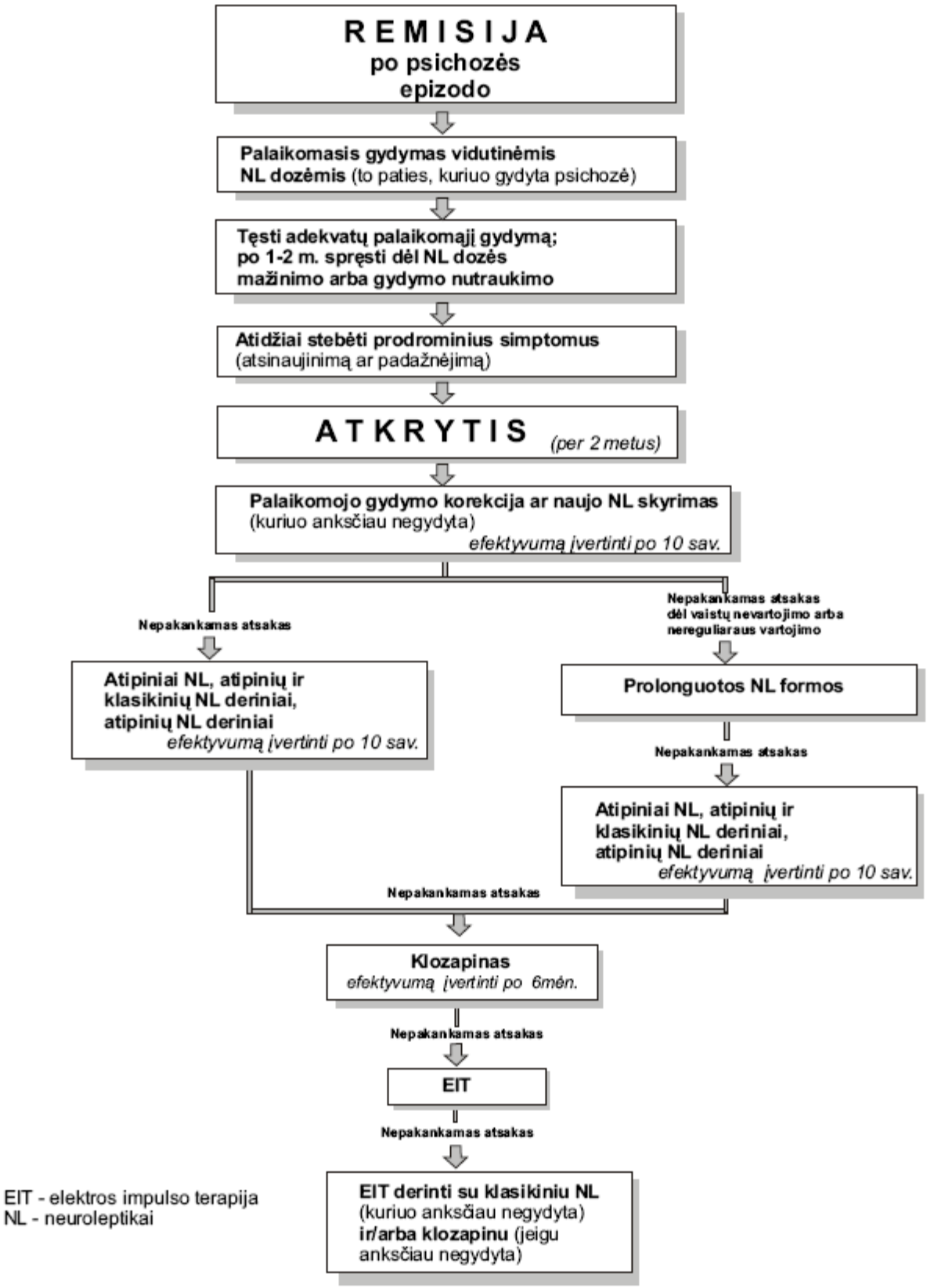
PATVIRTINTA
Lietuvos Respublikos
sveikatos apsaugos ministro
2002 rugpjūčio 22 d. įsakymu Nr. 422

ŠIZOFRENIJOS IR AFEKTINIŲ SUTRIKIMŲ GYDYMO METODIKA

PIRMO ŪMAUS PSICHOZĖS EPIZODO GYDYMO METODIKA (F20-F29)

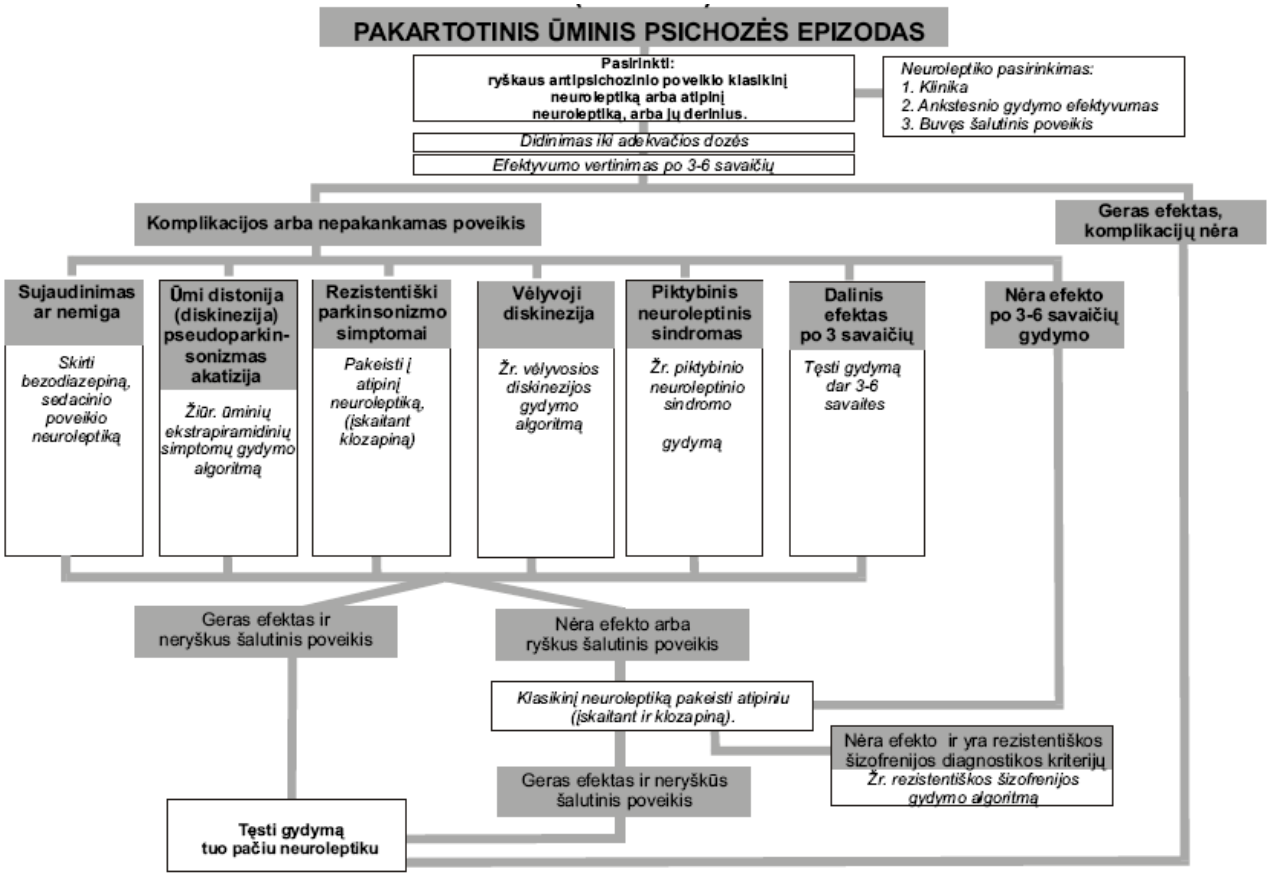

PSICHOZĖ
(įvairios etiologijos)
Afektinio sindromo simptomai
Kliedėjimai, haliucinacijos
Gydyti neuroleptikais arba neuroleptikų deriniais (klasikiniais, atipiniais) efektyvumą įvertinti po 3-6 sav.
Nemiga, nerimas, ažitacija
Pridėti benzodiazepiną arba sedacinio poveikio neuroleptiką
Afektiniai simptomai
DEPRESIJA
MANIJA
Gydyti nuotaikos stabilizatoriais + neuroleptiku arba neuroleptikų deriniais
Ryški depresija atsirado anksčiau nei psichozė
Gydyti antidepresantu + neuroleptiku arba neuroleptikų deriniu
Depresija atsirado kartu su psichoze arba po psichozės pradžios
Gydyti neuroleptiku arba neuroleptikų deriniu + benzodiazepinais
Nemiga, ažitacija
Pridėti benzodiazepiną arba sedacinio poveikio neuroleptiką
Nepakankamas efektas
Skirti nuotaikos stabilizatorių ir/arba NL depo formas
Geras efektas
Tęsti gydymą tuo pačiu NL arba depo formomis 6 mėn.
DEPRESIJA
Skirti antidepresantą
MANIJA
Skirti nuotaikos stabilizatorių
Nepakankamas efektas
EIT
Geras efektas
Gydymą tęsti 6 mėn.
Nepakankamas efektas
Geras efektas
Gydymą tęsti 6 mėn.
Geras efektas
Gydymą tęsti 6 mėn.
Nepakankamas efektas
Keisti į klozapiną

ŠIZOFRENIJOS IR ŠIZOFRENINIŲ SUTRIKIMŲ GYDYMO METODIKA (F20-F29)

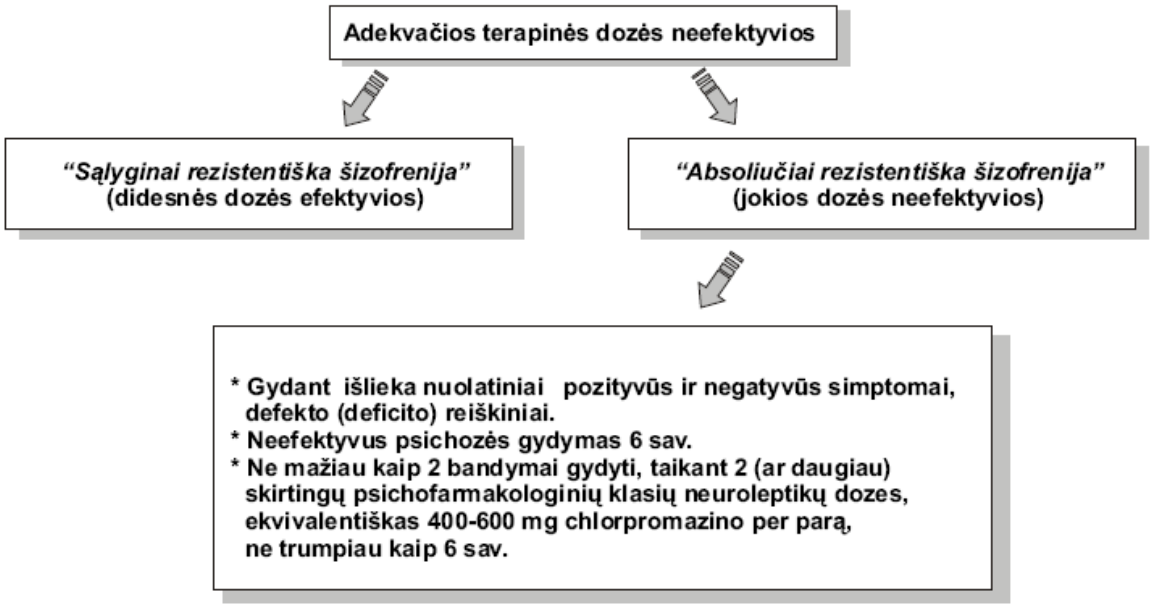


EIT - elektros impulso terapija
NL - neuroleptikai

ŠIZOFRENIJOS IR ŠIZOFRENINIŲ SUTRIKIMŲ GYDYMO METODIKA (F20-F29)



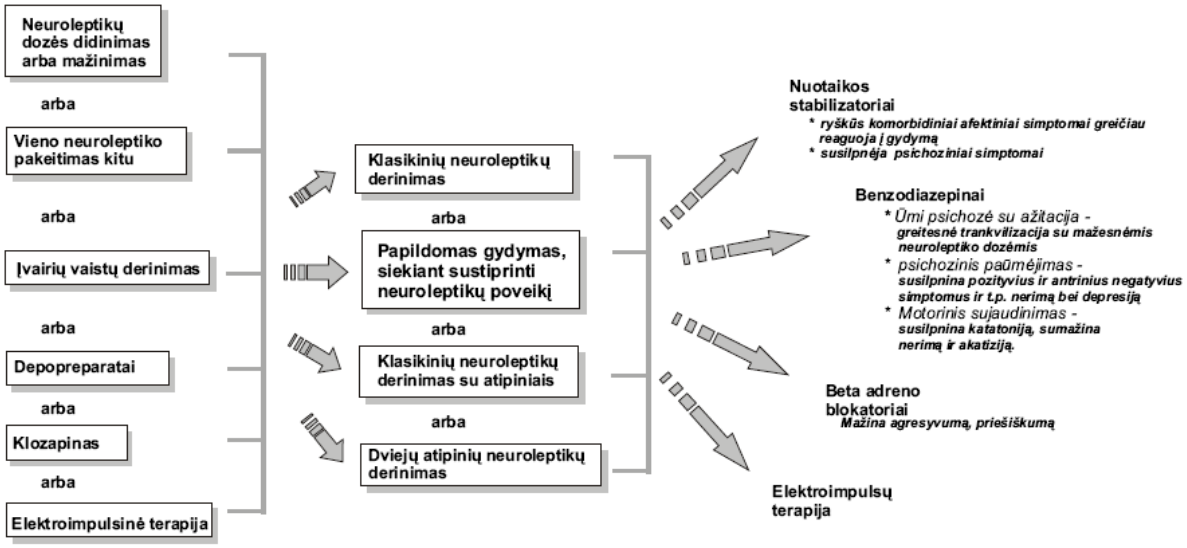
REZISTENTIŠKOS GYDYMUI ŠIZOFRENIJOS DIAGNOSTIKOS KRITERIJAI



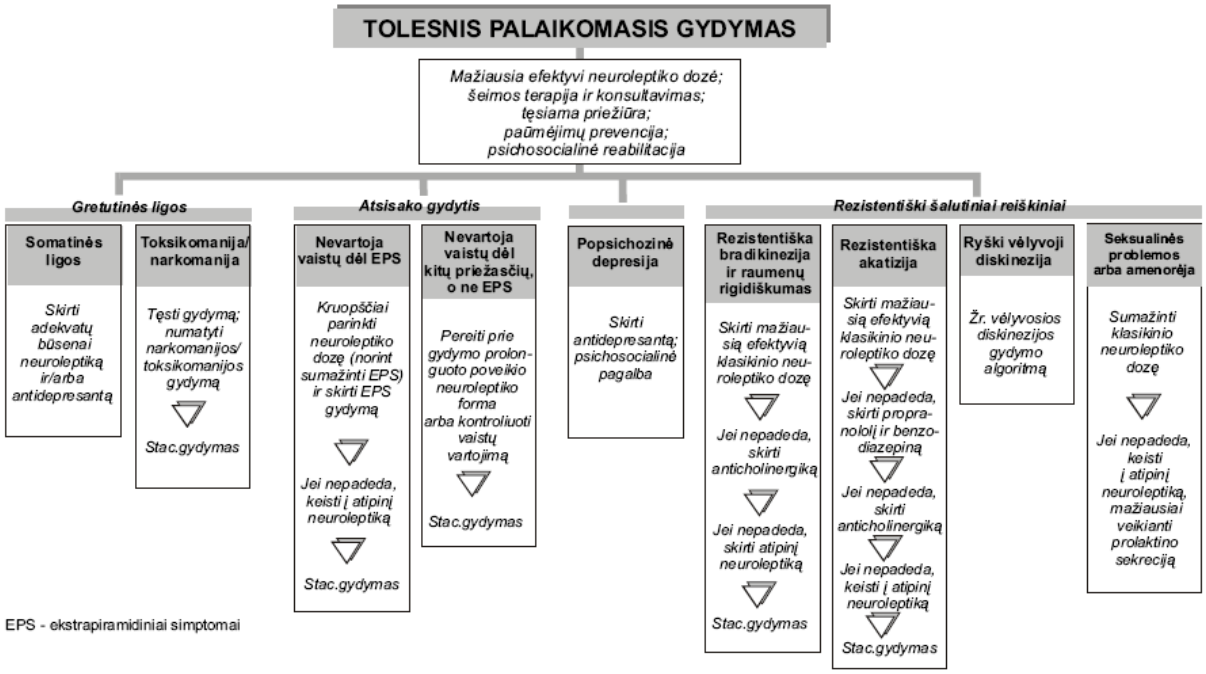
Rezistentišką gydymui šizofreniją predisponuojantys veiksniai

* ilgas psichozės negydymo periodas ar neefektyvus gydymas
* komorbidiškumas
* ryškūs premorbidiniai sutrikimai
* ankstyva ligos pradžia
* smegenų skilvelių išsiplėtimas

REKOMENDUOJAMA REZISTENTIŠKOSIOS ŠIZOFRENIJOS GYDYMO TAKTIKA



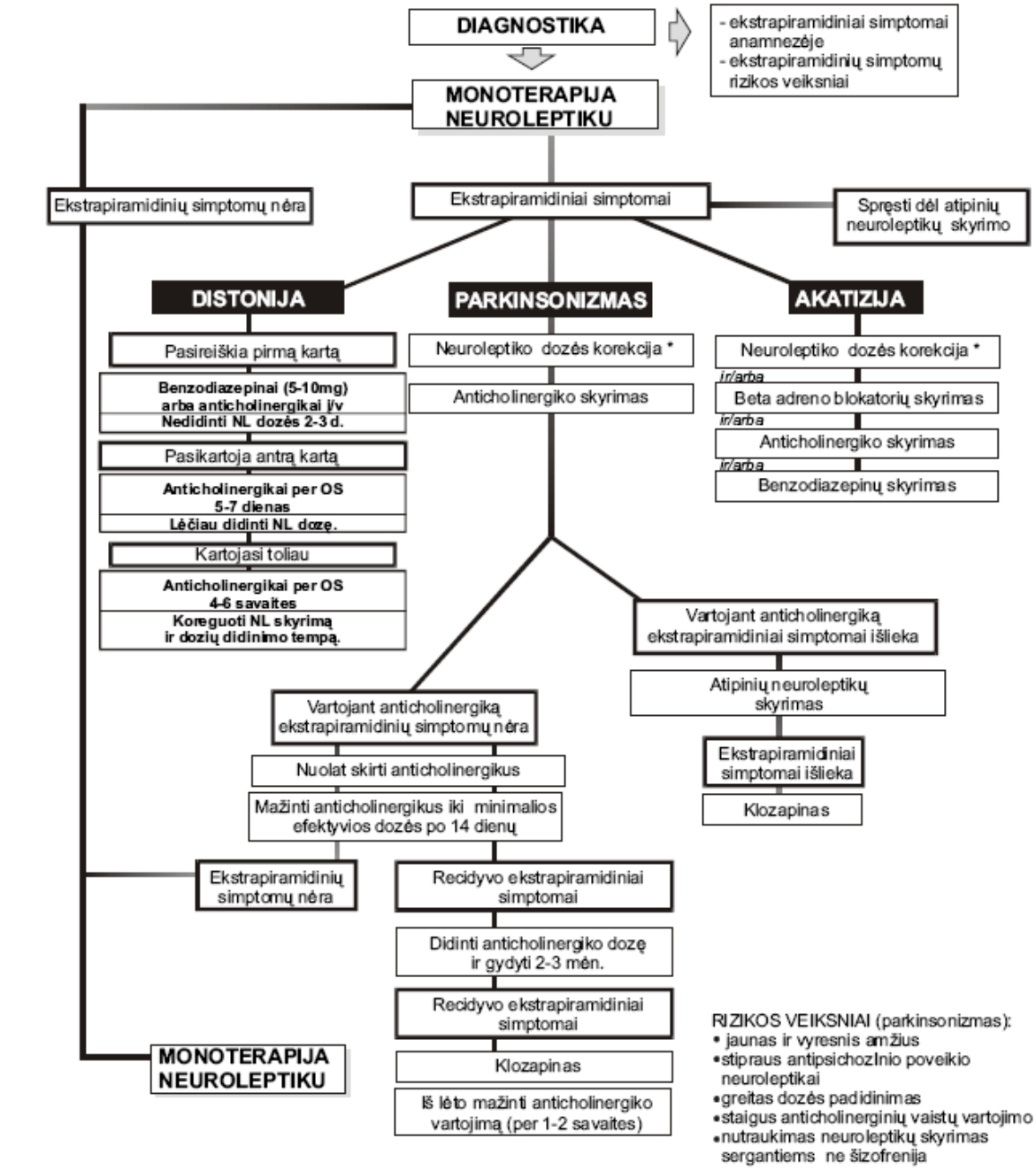
ŠIZOFRENIJOS IR ŠIZOFRENINIŲ SUTRIKIMŲ GYDYMO TAKTIKA



EPS - ekstrapiramidiniai simptomai

NEUROLEPTIKŲ PAŠALINIS POVEIKIS

ŪMINIAI EKSTRAPIRAMIDINIAI SIMPTOMAI

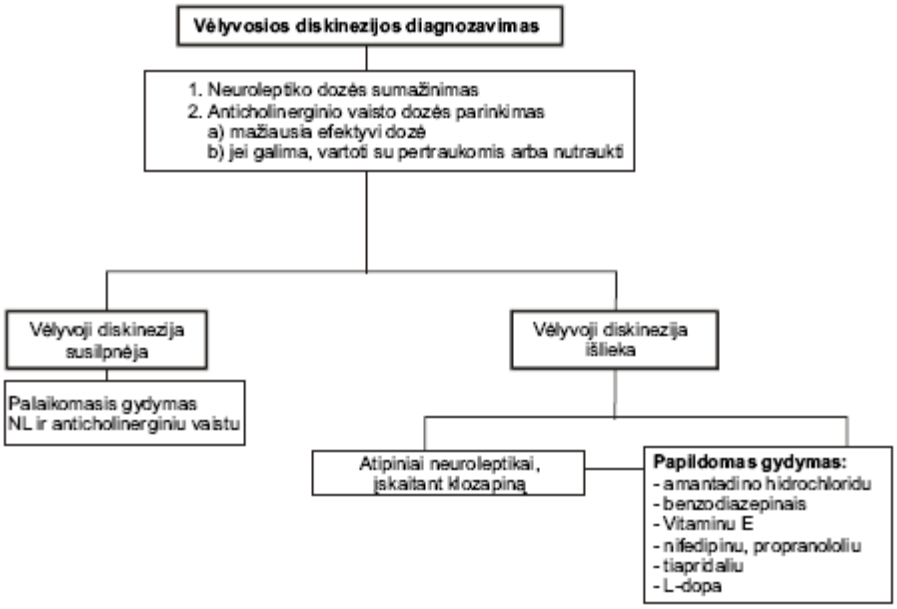


NEUROLEPTIKO DOZĖS KOREKCIJA
* sumažinti dozę arba skirti silpnesnio antipsichozinio poveikio neuroleptikus arba lėčiau didinti neuroleptikų dozę

RIZIKOS VEIKSNIAI (akatizijos, distonijos):
- jaunas amžius
- didelė NL pradinė dozė
- greitas dozės padidinimas
- stipraus antipsichozinio poveikio neuroleptikai

NL - neuroleptikas

NEUROLEPTIKŲ PAŠALINIS POVEIKIS



NEUROLEPTIKŲ PARINKIMO EILIŠKUMAS

PIRMASIS PARINKIMAS

KLASIKNIAI NEUROLEPTIKAI
Haloperidolis
Trifluoperazinas
Flufenazinas
Zuklopentiksolis
Flupentiksolis

arba ATIPINIAI NEUROLEPTIKAI

Amisulpridas * +
Risperidonas * +
Olanzapinas *

ANTRASIS PARINKIMAS

Amisulpridas+
Risperidonas+
Olanzapinas

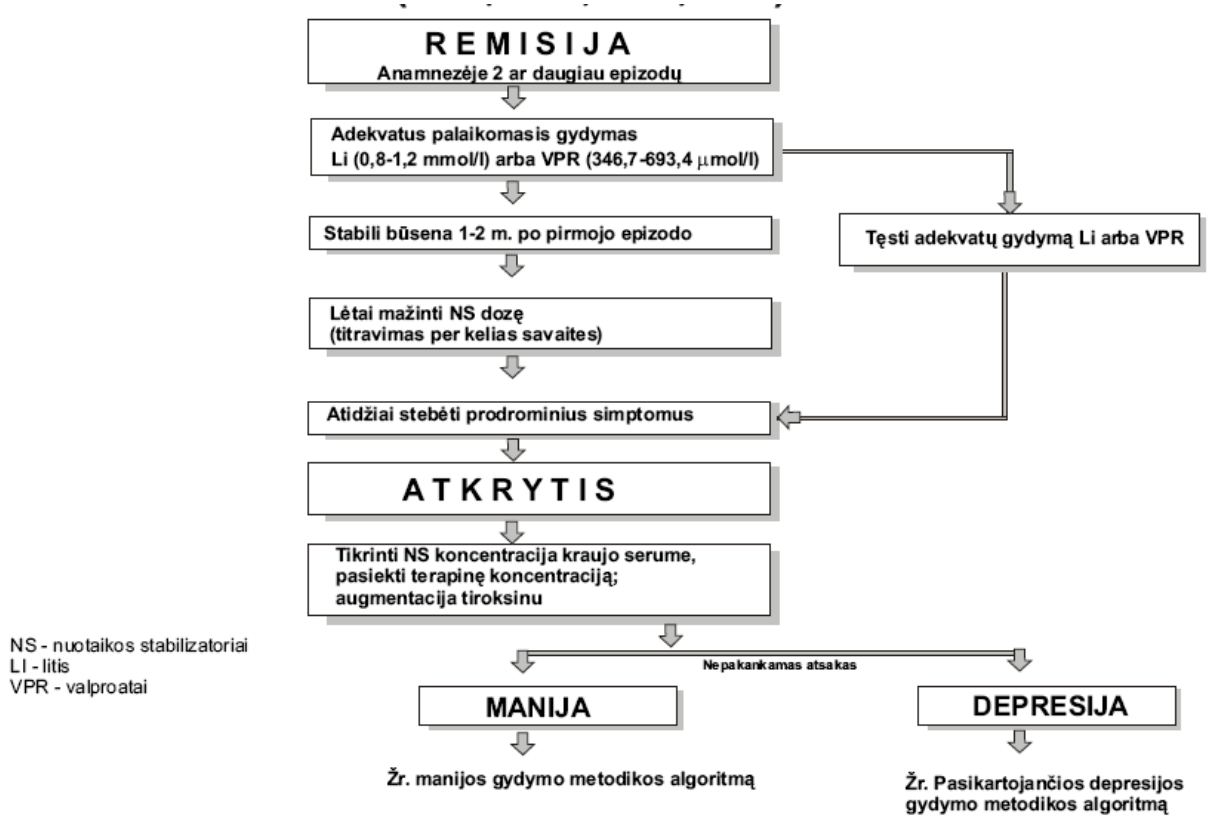
TREČIASIS PARINKIMAS (REZISTENTIŠKOM FORMOM GYDYTI)

Klozapinas

---

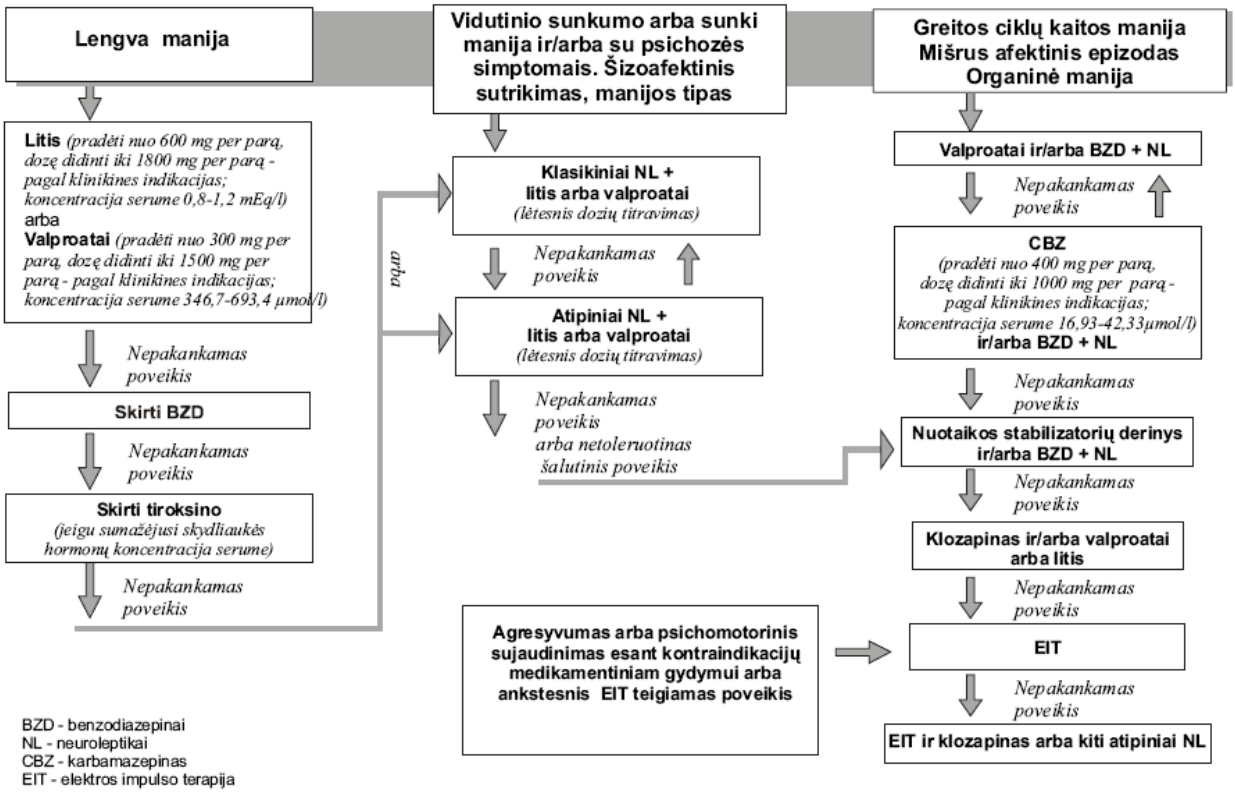
* pirmu psichozės epizodu, dirbantiems ar besimokantiems ir socialiai adaptuotiems pacientams (neturintiems I-II invalidumo grupės ir savarankiškai gyvenantiems).
\+ vaikams nuo 15 metų.

BIPOLINIŲ AFEKTINIŲ SUTRIKIMŲ GYDYMO METODIKA (F 31.2, F31.3, F31.4, F31.5)

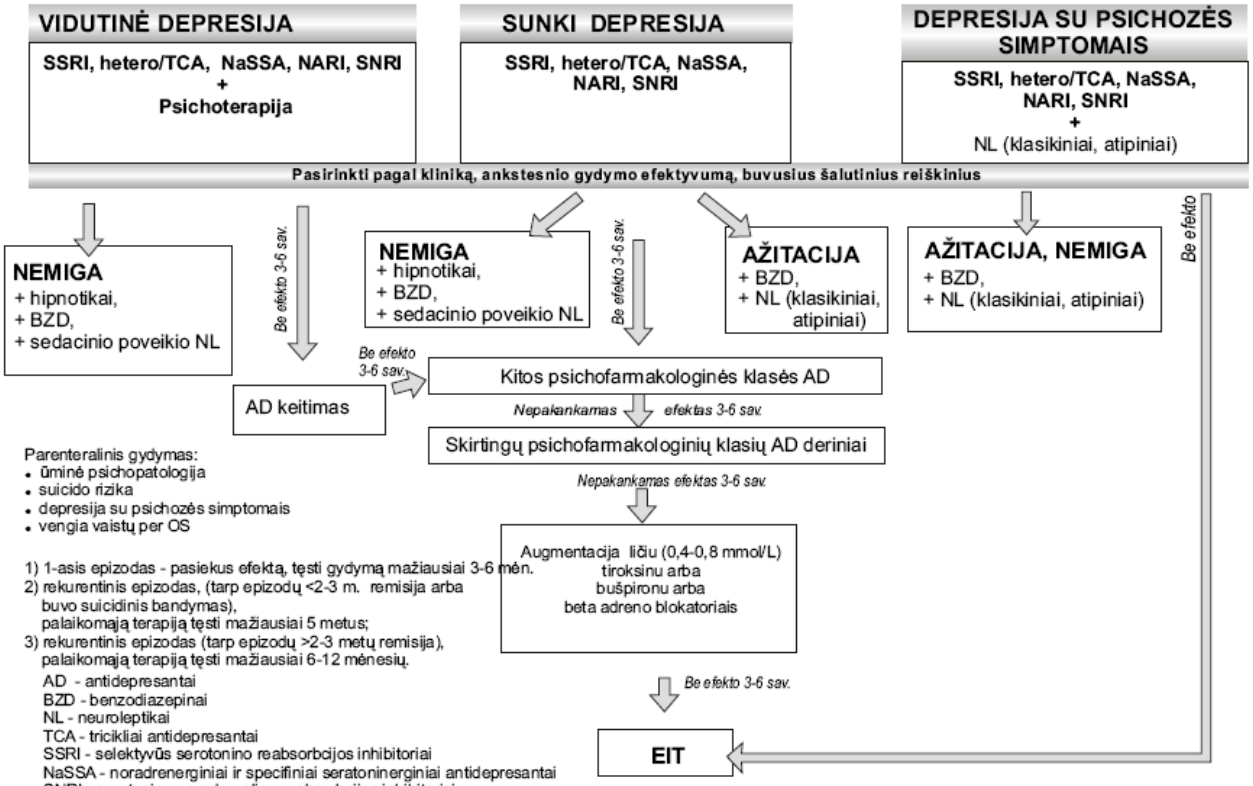


NS - nuotaikos stabilizatoriai
LI - litis
VPR - valproatai

MANIJOS GYDYMO METODIKA
(F 30.2)



DEPRESIJOS GYDYMO METODIKA
(F 32.1, F 32.2, F 33.1, F 33.2, F 33.3)



ANTIDEPRESANTŲ PARINKIMO ELIŠKUMAS

PIRMASIS PARINKIMAS

TCA
Amitriptilinas

SSRI *
Fluoksetinas
Citalopramas+
Paroksetinas
Sertralinas
Fluvoksaminas

NaSSA *+
Mirtazapinas

NaRI *
Reboksetinas

ANTRASIS PARINKIMAS

SSRI
Fluoksetinas
Citalopramas
Paroksetinas
Sertralinas
Fluvoksaminas

NaSSA
Mirtazapinas

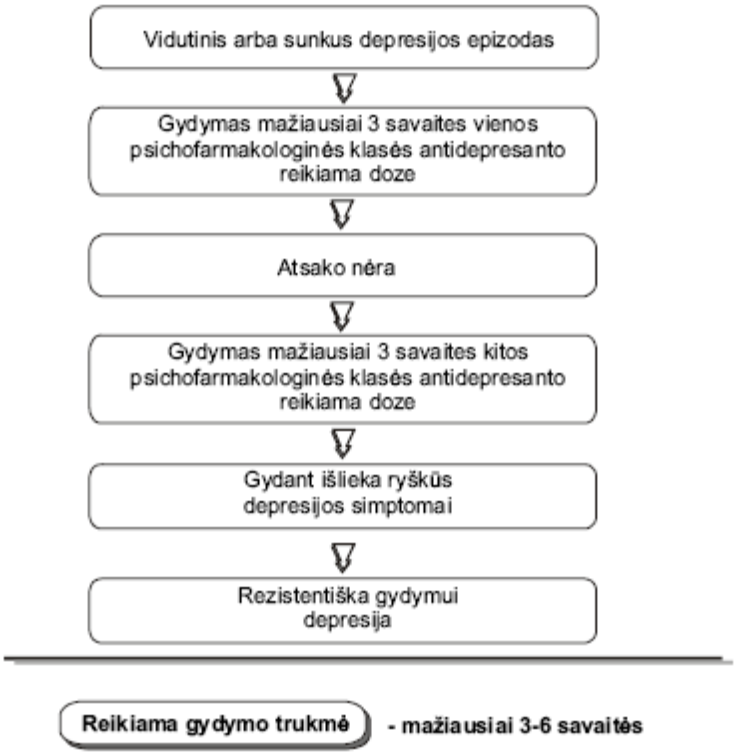
NaRI
Reboksetinas

---

* vaikams; pacientams, kuriems yra kontraindikacijų TCA
+ senyvo amžiaus pacientams (≥ 65 m. amžiaus)

REREZISTENTIŠKOS GYDYMUI DEPRESIJOS GYDYMO KRITERIJAI

Rezistentiška gydymui depresija yra tokia depresija,kurią gydant reikiamomis skirtingų psichofarmakologinių klasių antidepresantų dozėmis reikiamą gydymo laiką, išlieka ryškūs depresijos simptomai:



REZISTENTIŠKOS DEPRESIJOS GYDYMO METODIKA

