



**LIETUVOS RESPUBLIKOS SVEIKATOS APSAUGOS MINISTRAS**

**ĮSAKYMAS**

**DĖL STOROSIOS (GAUBTINĖS) ŽARNOS PIKTYBINIO NAVIKO, TIESIOSIOS IR RIESTINĖS GAUBTINĖS ŽARNOS JUNGTIES PIKTYBINIO NAVIKO IR TIESIOSIOS ŽARNOS PIKTYBINIO NAVIKO DIAGNOSTIKOS IR GYDYMO TVARKOS APRAŠO PATVIRTINIMO**

2018 m. birželio 6 d. Nr. V-657

Vilnius

Vadovaudamasis Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 10 straipsnio 6 punktu:

1. T v i r t i n u Storosios (gaubtinės) žarnos piktybinio naviko, tiesiosios ir riestinės gaubtinės žarnos jungties piktybinio naviko ir tiesiosios žarnos piktybinio naviko diagnostikos ir gydymo tvarkos aprašą (pridedama).

2. N u s t a t a u, kad šis įsakymas įsigalioja 2019 m. sausio 1 d.

Sveikatos apsaugos ministras

Aurelijus Veryga

PATVIRTINTA  
Lietuvos Respublikos  
sveikatos apsaugos ministro  
2018 m. birželio 6 d.  
įsakymu Nr. V-657

**STOROSIOS (GAUBTINĖS) ŽARNOS PIKTYBINIO NAVIKO,  
TIESIOSIOS IR RIESTINĖS GAUBTINĖS ŽARNOS JUNGTIES PIKTYBINIO NAVIKO  
IR TIESIOSIOS ŽARNOS PIKTYBINIO NAVIKO  
DIAGNOSTIKOS IR GYDYMO TVARKOS APRAŠAS**

**I SKYRIUS  
BENDROJI DALIS**

1. Storosios (gaubtinės) žarnos piktybinio naviko, tiesiosios ir riestinės gaubtinės žarnos jungties piktybinio naviko ir tiesiosios žarnos piktybinio naviko diagnostikos ir gydymo tvarkos aprašas (toliau – Aprašas) nustato reikalavimus sveikatos priežiūros įstaigoms (toliau – SPI), asmens sveikatos priežiūros specialistams, kurie įtaria, diagnozuoja ir gydo storosios (gaubtinės) žarnos piktybinį naviką, tiesiosios ir riestinės gaubtinės žarnos jungties piktybinį naviką (toliau storosios (gaubtinės) žarnos piktybinis navikas ir tiesiosios ir riestinės gaubtinės žarnos jungties piktybinis navikas abu kartu – gaubtinės žarnos piktybinis navikas) ir (ar) tiesiosios žarnos piktybinį naviką, Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF) biudžeto lėšomis apmokamų gaubtinės žarnos piktybinio naviko ir tiesiosios žarnos piktybinio naviko diagnostikos ir gydymo paslaugų teikimo ir kokybės reikalavimus bei pacientų po gaubtinės žarnos piktybinio naviko ir tiesiosios žarnos piktybinio naviko gydymo stebėsenos principus.

2. Aprašas taikomas įtariant, diagnozuojant ir gydant šių lokalizacijų gaubtinės žarnos ir (ar) tiesiosios žarnos piktybinį naviką, kurio histologinis tipas yra adenokarcinoma (pagal kodą, nurodytą Tarptautinės statistinės ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacijos dešimtajame pataisytame ir papildytame leidime „Sisteminis ligų sąrašas“ (Australijos modifikacija, TLK-10-AM), įdiegtą Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011 m. vasario 23 d. įsakymu Nr. V-164 „Dėl Tarptautinės statistinės ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacijos dešimtojo pataisyto ir papildyto leidimo „Sisteminis ligų sąrašas“ (Australijos modifikacija, TLK-10 AM) įdiegimo“) (toliau – TLK-10-AM):

- 2.1. aklosios žarnos piktybinį naviką, C18.0;
- 2.2. kylančiosios gaubtinės žarnos piktybinį naviką, C18.2;
- 2.3. kepenų linkio piktybinį naviką, C18.3;
- 2.4. skersinės gaubtinės žarnos piktybinį naviką, C18.4;
- 2.5. blužnies linkio piktybinį naviką, C18.5;
- 2.6. nusileidžiančiosios gaubtinės žarnos piktybinį naviką, C18.6;
- 2.7. riestinės gaubtinės žarnos piktybinį naviką, C18.7;
- 2.8. storosios (gaubtinės) žarnos išplitusį piktybinį naviką, C18.8;
- 2.9. storosios (gaubtinės) žarnos piktybinį naviką, nepatikslingą, C18.9;
- 2.10. tiesiosios ir riestinės gaubtinės žarnos jungties piktybinį naviką, C19;
- 2.11. tiesiosios žarnos piktybinį naviką, C20.

3. Pasaulyje kasmet nustatoma apie 1,23 milijono naujų storosios žarnos ir tiesiosios žarnos piktybinių navikų atvejų. Tai sudaro 9,7 proc. visų piktybinių navikų. Sergamumas šiais navikais didesnis išsivysčiusiose šalyse (Australijoje, Vakarų Europoje, Šiaurės Amerikoje) ir siekia 30–45 atvejus 100 000 gyventojų per metus.

Nacionalinio vėžio instituto duomenimis, 2012 m. Lietuvoje buvo diagnozuoti 1 679 nauji storosios žarnos piktybinių navikų atvejai (952 gaubtinės žarnos ir 727 tiesiosios žarnos). 2012 m. nuo storosios žarnos piktybinių navikų mirė 927 asmenys (516 nuo gaubtinės žarnos piktybinio naviko ir 411 nuo tiesiosios žarnos piktybinio naviko). Piktybinis navikas storajame žarnyne dažniausiai aptinkamas gaubtinėje žarnoje – apie 54 proc. atvejų, tiesiojoje žarnoje – apie 44 proc., rečiausiai – išangėje (2 proc.). Storosios ir tiesiosios žarnos vėžys užima trečiąją vietą tarp onkologinių ligų pagal dažnumą – vyrams po plaučių ir skrandžio vėžio, moterims po krūties ir gimdos kaklelio vėžio. Sergamumo ir mirštamumo rodikliai skirtinguose Lietuvos regionuose netolygūs.

4. Apraše vartojamos sąvokos ir jų apibrėžtys:

4.1. **ADTA** – aukšto dažnio termoabliacija.

4.2. **Ankstyvosios stadijos piktybinis navikas** – navikas, išplitęs tik į pogleivį.

4.3. **CA 19-9** – vėžio žymuo.

4.4. **CEA** – karcinoembriogeninis antigenas.

4.5. **Daugiadalykė gydytojų specialistų komanda** (toliau – DGS komanda) – gydytojų specialistų komanda, kurią sudaro gydytojas onkologas chemoterapeutas, gydytojas onkologas radioterapeutas, gydytojas chirurgas ar gydytojas abdominalinis chirurgas, turintys patirties operuoti pacientus, sergančius onkologinėmis ligomis, gydytojas patologas, gydytojas radiologas ir kitų profesinių kvalifikacijų gydytojai specialistai pagal poreikį ir kuri konkrečiam pacientui, kuriam pirmą kartą patvirtinta onkologinės ligos diagnozė, parenka onkologinės ligos diagnostikos ir gydymo taktiką ir sudaro diagnostikos ir gydymo planą.

4.6. **ERUG tyrimas** – endorektalinis ultragarsinis tyrimas.

4.7. **HIPEC** – hiperterminė intraperitoninė chemoterapija.

4.8. **iFOBT** – slapto kraujo išmatose testas.

4.9. **Intramukozinė karcinoma** – navikas, išplitęs per bazinę membraną į gleivinės *lamina propria* sluoksnį.

4.10. **Karcinoma *in situ*** – navikas, išplitęs tik žarnos epiteliniam sluoksnyje ir neperaugęs bazinės membranos.

4.11. **KT** – kompiuterinė tomografija.

4.12. **Maligninis polipas** – invazinė karcinoma (navikas, išplitęs per gleivinės raumeninį sluoksnį (*muscularis mucosae*) į pogleivį).

4.13. **MRT** – magnetinio rezonanso tomografija.

4.14. **Neinvazinė karcinoma** – karcinoma *in situ* ir intramukozinė karcinoma.

4.15. **PET** – pozitronų emisijos tomografija.

4.16. **RECIST kriterijai** – solidinių navikų gydymo poveikio kriterijai (angl. *Response evaluation criteria in solid tumors*).

4.17. **Specializuotą onkologinę pagalbą teikianti Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos sveikatos priežiūros įstaiga** (toliau – SOPT SPI) – sveikatos priežiūros įstaiga, kurioje onkologinėmis ligomis sergantiems pacientams atliekamos PSDF biudžeto lėšomis apmokamos chirurginės operacijos ir teikiamos stacionarinės onkologijos chemoterapijos ir (ar) onkologijos radioterapijos paslaugos.

## II SKYRIUS

### GAUBTINĖS ŽARNOS PIKTYBINIO NAVIKO IR TIESIOSIOS ŽARNOS PIKTYBINIO NAVIKO DIAGNOSTIKOS KRITERIJAI

5. Gaubtinės žarnos piktybinį naviką ir tiesiosios žarnos piktybinį naviką įtaria šeimos gydytojas ar kitos profesinės kvalifikacijos gydytojas, pagal savo kompetenciją įvertinęs:

5.1. paciento subjektyvius nusiskundimus;

5.2. atliktų bendro ir biocheminio kraujo tyrimų (elektrolitų kiekio, šlapalo, kreatinino koncentracijos, kepenų fermentų aktyvumo) rezultatus;

5.3. iFOBT rezultatus;

5.4. kitų atliktų tyrimų duomenis.

6. Įtariant gaubtinės žarnos piktybinį naviką ar tiesiosios žarnos piktybinį naviką, pacientas siunčiamas atlikti kolonoskopijos pas gydytoją gastroenterologą, abdominalinės chirurgijos gydytoją ar kitos profesinės kvalifikacijos gydytoją, kuriam tokia kompetencija nustatyta atitinkamoje Lietuvos medicinos normoje, ar gydytoją, kuriam teisė atlikti kolonoskopiją suteikta vadovaujantis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. rugšėjo 29 d. įsakymu Nr. V-680 „Dėl teisės verstis siaura medicinos praktika įgijimo“.

7. Kolonoskopijos atlikimo indikacijos, žarnyno paruošimo kolonoskopijai, kolonoskopijos atlikimo, įvertinimo ir aprašymo kokybės reikalavimai pateikti Aprašo 1 priede. Jei kolonoskopijos atlikti nepavyksta, atliekama KT kolonografija ar žarnyno rentgenodiagnostinis tyrimas, taikant dvigubą kontrastavimą.

8. Kolonoskopijos metu paimtos storosios žarnos biopsinės ir operacinės medžiagos ištyrimo reikalavimai (medžiagos fiksavimo, makroskopinio medžiagos aprašymo, mėginio apdorojimo, atrankos mikroskopiniam tyrimui, mikroskopinio tyrimo, diagnozės formulavimo principai, specialiųjų tyrimų indikacijos ir jų įvertinimo tvarka) pateikti Aprašo 2 priede.

9. Gaubtinės žarnos piktybinio naviko ir tiesiosios žarnos piktybinio naviko diagnozė nustatoma ištyrus biopsinę medžiagą histologiškai ir įvertinus histologinį naviko tipą, jo išplitimą ir stadiją pagal Tarptautinės piktybinių navikų klasifikacijos TNM 8-ąją versiją (Aprašo 3 priedas).

10. Pacientą atlikti kolonoskopijos siuntęs gydytojas, gavęs kolonoskopijos ir biopsinės medžiagos histologinio ištyrimo rezultatus, patvirtinančius gaubtinės žarnos piktybinio naviko ar tiesiosios žarnos piktybinio naviko diagnozę, siunčia pacientą gydytojo gastroenterologo, gydytojo chirurgo, gydytojo abdominalinio chirurgo, gydytojo onkologo chemoterapeuto arba gydytojo onkologo radioterapeuto (toliau – gydytojas specialistas) konsultacijos.

11. Gydytojas specialistas siunčia pacientą atlikti:

11.1. krūtinės ląstos KT tyrimo su kontrastine medžiaga (reikalavimai pateikti Aprašo 4 priede);

11.2. pilvo KT tyrimo su kontrastine medžiaga (reikalavimai pateikti Aprašo 4 priede);

11.3. dubens KT su kontrastine medžiaga, o esant tiesiosios žarnos piktybiniam navikui – MRT tyrimo ar ERUG tyrimo (MRT ir ERUG tyrimų atlikimo reikalavimai pateikti Aprašo 5 priede);

11.4. vėžio žymenų CEA ir (ar) CA 19-9 kiekio kraujyje tyrimo.

12. Gydytojas specialistas, išdavęs pacientui siuntimus atlikti Aprašo 11 punkte nurodytus tyrimus, siunčia pacientą į SOPT SPI (jeigu šis gydytojas specialistas nedirba SOPT SPI). SOPT SPI:

12.1. įvertinamas piktybinio naviko išplitimas;

12.2. prireikus atliekamas papildomas paciento ištyrimas (PET tyrimas, kuris atliekamas vadovaujantis Ligų ir būklių, kurioms esant atliekami Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis finansuojami pozitronų emisijos tomografijos tyrimai su fluorodeoksi gliukoze, ir šių tyrimų atlikimo indikacijų sąrašo, patvirtinto Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011 m. gegužės 9 d. įsakymu Nr. V-449 „Dėl Ligų ir būklių, kurioms esant atliekami Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis finansuojami pozitronų emisijos tomografijos tyrimai su fluorodeoksi gliukoze, ir šių tyrimų atlikimo indikacijų sąrašo patvirtinimo“, ir Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis finansuojamo pozitronų emisijos tomografijos tyrimo reikalavimų aprašu, patvirtintu Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. vasario 27 d. įsakymu Nr. V-158 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis

finansuojamo pozitronų emisijos tomografijos tyrimo reikalavimų aprašo patvirtinimo“, RAS, BRAF genų būklė, kaulų skenavimas ir kt.);

12.3. organizuojamas DGS komandos posėdis galutinei klinikinei diagnozei patvirtinti ir sprendimui dėl paciento gydymo taktikos priimti.

13. Jei dėl sunkios paciento būklės negalima atlikti tyrimo (tyrimų) ar po visų tyrimų nepavyksta morfologiškai patvirtinti naviko, galutinę diagnozę nustato SOPT SPĮ gydytojų konsiliumas.

### **III SKYRIUS**

#### **GAUBTINĖS ŽARNOS PIKTYBINIO NAVIKO IR TIESIOSIOS ŽARNOS PIKTYBINIO NAVIKO GYDYMAS**

14. Pacientas, kuriam nustatyta gaubtinės žarnos piktybinio naviko ar tiesiosios žarnos piktybinio naviko diagnozė, gydomas SOPT SPĮ. Didžiosios chirurginės operacijos dėl storosios (gaubtinės) žarnos piktybinio naviko (ligos kodas C18 pagal TLK-10-AM) gali būti atliekamos ir kitose SPĮ, turinčiose licenciją teikti stacionarines III lygio abdominalinės chirurgijos asmens sveikatos priežiūros paslaugas ir kuriose dėl šio piktybinio naviko atliekama ne mažiau kaip 50 didžiųjų chirurginių operacijų per metus. Didžiosios chirurginės operacijos dėl tiesiosios ir riestinės gaubtinės žarnos jungties piktybinio naviko ir tiesiosios žarnos piktybinio naviko (ligų kodai C19 ir C20 pagal TLK-10-AM) gali būti atliekamos ir kitose SPĮ, turinčiose licenciją teikti stacionarines III lygio abdominalinės chirurgijos asmens sveikatos priežiūros paslaugas ir kuriose dėl šių abiejų piktybinių navikų atliekama ne mažiau kaip 50 didžiųjų chirurginių operacijų per metus.

15. Pacientui, kuriam pirmą kartą patvirtinta piktybinio naviko diagnozė, diagnostikos ir gydymo taktiką parenka ir diagnostikos ir gydymo planą sudaro DGS komanda. Prireikus SOPT SPĮ pacientui užtikrina specialisto, konsultuojančio dėl paliatyvios pagalbos paslaugų, ir (ar) psichologo ar gydytojo psichiatro konsultaciją.

16. Pacientą, kuriam nustatyta gaubtinės žarnos piktybinio naviko ar tiesiosios žarnos piktybinio naviko diagnozė, gydo gydytojas chirurgas, gydytojas abdominalinis chirurgas, gydytojas onkologas chemoterapeutas ir (ar) gydytojas onkologas radioterapeutas, turintys licenciją teikti atitinkamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, pagal DGS komandos sudarytą diagnostikos ir gydymo planą.

17. Biologinė terapija pacientui skiriama vadovaujantis biologinės terapijos skyrimą reglamentuojančiais teisės aktais. Centralizuotai apmokami vaistiniai preparatai skiriami pagal Centralizuotai apmokamų vaistinių preparatų sąrašą, patvirtintame Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. rugpjūčio 28 d. įsakymu Nr. V-910 „Dėl Centralizuotai apmokamų vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių sąrašo patvirtinimo“, nurodytas vaistinio preparato skyrimo sąlygas.

18. Pacientui gali būti taikomas kitoks nei nurodytas Apraše gydymas, kai pacientas dalyvauja klinikiniuose tyrimuose.

#### **PIRMASIS SKIRSNIS**

#### **GAUBTINĖS ŽARNOS PIKTYBINIO NAVIKO GYDYMAS**

19. Gaubtinės žarnos piktybinio naviko chirurginio gydymo principai:

19.1. piktybinis navikas šalinamas plačiai su pasaitu, perrišant maitinančias pagrindines kraujagysles ties ištekėjimu iš pagrindinės kraujagyslės, su fascijomis;

19.2. jei prie piktybinio naviko priglundęs gretimas organas ar navikas šį organą perraugęs (gimda, makštis, šlapimo pūslė, plonosios žarnos), jis šalinamas (ar rezekuojamas) kartu su naviku;

19.3. anastomozė formuojama rankomis arba mechaniniais siuvimo aparatais;

19.4. esant sinchroniniam navikui ar daugybinei polipozei, tikslinga subtotalinė kolektomija bei ileorektoanastomozė;

19.5. esant daugybinėms metastazėms kepenyse, gali būti atliekama paliatyvaus pobūdžio rezekcinė žarnų operacija siekiant išvengti kraujavimo, žarnų nepraeinamumo ar žarnos perforacijos. Esant pavienėms metastazėms kepenyse, galimos sinchroninės rezekcinės žarnų ir kepenų operacijos arba iš pradžių atliekama žarnos rezekcija, o po chemoterapinio gydymo rezekčiuojamos kepenys;

19.6. standartinis gaubtinės žarnos piktybinio naviko gydymas yra radikali operacija;

19.7. vietinė ekscizija (endoskopu atliekant transanalinį endoskopinį naviko pašalinimą ar operuojant) galima esant pT1G1–G2 ir nesant nepalankių histologinių požymių (pumpuravimosi, limfovaskulinės invazijos požymių). Pacientui turi būti paaiškinta metastazių storosios žarnos pasaite ir sisteminio išplitimo rizika bei galima rezekcinės operacijos rizika.

20. Gaubtinės žarnos piktybinio naviko gydymas atsižvelgiant į ligos stadiją pagal Tarptautinę piktybinių navikų klasifikaciją TNM (8-ąją versiją):

20.1. I stadija (T1N0M0, T2N0M0) ar IIA stadija (T3N0M0 – mažos rizikos grupė) – tik chirurginis gydymo metodas;

20.2. IIB stadija (T4N0M0) – chirurginis ir chemoterapinis pooperacinis gydymas;

20.3. III stadija (bet koks T N1–2 M0) – chirurginis ir chemoterapinis pooperacinis gydymas;

20.4. sergant IV stadijos liga, galimos rezekcinio pobūdžio operacijos, stomos, apeinamosios anastomozės bei sisteminė ar lokoregionalinė (sritinė) terapija.

21. Gydytojas, gydęs gaubtinės žarnos piktybinį naviką chirurginiu būdu, Aprašo 6 priede nurodytą informaciją pateikia formoje Nr. 003-3/a „Chirurginės operacijos protokolas“, nurodytoje Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1999 m. lapkričio 29 d. įsakyme Nr. 515 „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų veiklos apskaitos ir atskaitomybės tvarkos“ 1 priede „Privalomų sveikatos statistikos apskaitos ir kitų tipinių formų, pildomų sveikatos priežiūros įstaigose, sąrašas ir saugojimo terminai“ (toliau – forma Nr. 003-3/a „Chirurginės operacijos protokolas“).

22. Gaubtinės žarnos piktybiniam navikui gydyti spindulinis gydymas neskiriamas, išskyrus atvejus, kai sprendimas priimamas individualiam pacientui.

23. Gaubtinės žarnos piktybinio naviko adjuvantinės chemoterapijos skyrimo tvarka:

23.1. po radiklios pirminio piktybinio naviko pašalinimo operacijos nustačius ligos I stadiją (pT1-2 pN0) adjuvantinis chemoterapinis gydymas neskiriamas;

23.2. po radiklios pirminio naviko pašalinimo operacijos ligos atsinaujinimo rizika yra didelė, jei yra bent vienas iš šių rizikos veiksnių:

23.2.1. pašalinta ir ištirta < 12 limfmazgių;

23.2.2. blogai diferencijuotas piktybinis navikas (G3–G4);

23.2.3. nustatyta kraujagyslių, limfagyslių ar perineurinė invazija;

23.2.4. piktybinis navikas T4 arba navikas, perforavęs žarną ar sukėlęs žarnos obstrukciją;

23.3. po radiklios pirminio piktybinio naviko pašalinimo operacijos nustačius II stadiją:

23.3.1. pT3, N0, nėra didelės rizikos veiksnių, nustatytas mikrosatelitų nestabilumas – adjuvantinis gydymas neskiriamas;

23.3.2. pT3, N0, yra didelės rizikos veiksnių – apsvarstoma dėl adjuvantinės chemoterapijos fluoropirimidinais tikslingumo;

23.3.3. pT4, N0 adjuvantinė chemoterapija fluoropirimidinais ar jų deriniu su oksaliplatinu.

23.4. po radiklios pirminio naviko pašalinimo operacijos nustačius III stadiją (bet koks T, N1–2) rekomenduojama chemoterapija oksaliplatinos ir fluoropirimidinų deriniu arba monoterapija fluoropirimidinais.

24. Jei navikas yra lokaliai išplitęs, radiologiškai atitinka cT4b (perauga į gretimus organus), prieš operaciją galima skirti neoadjuvantinę chemoterapiją oksaliplatinos ir fluoropirimidinų deriniu.

25. Gaubtinės žarnos piktybinio naviko adjuvantinės chemoterapijos schemos pateiktos Aprašo 7 priede.

## ANTRASIS SKIRSNIS TIESIOSIOS ŽARNOS PIKTYBINIO NAVIKO GYDYMAS

26. Tiesiosios žarnos piktybinio naviko chirurginio gydymo principai:

26.1. tiesioji žarna šalinama kartu su mezorektumu. Mezorektumas šalinamas visas, jei navikas yra 0–10 cm nuo *l. dentata*; arba iš dalies, jei navikas yra 11–15 cm nuo *l. dentata*;

26.2. *A.mesenterica inferior* nurišama žemiau *a. colica sin.* atsišakojimo arba nurišamas *a. mesenterica inf. kamienas 1–2 cm nuo aortos*;

26.3. identifikuojami bei išsaugomi hipogastriniai nervai;

26.4. pjūvio atstumas distaliau naviko, esančio apatinėje ir vidurinėje tiesiosios žarnos dalyje, turi būti ne mažesnis kaip 1,5 cm, pjūvio atstumas distaliau naviko, esančio viršutinėje tiesiosios žarnos dalyje, – ne mažesnis kaip 5 cm. Jeigu navikas yra arti *l. dentata*, nesant nepalankių histologinių naviko požymių, leistinas 1 cm atstumas nuo rezekcijos krašto;

26.5. kai prie naviko prigludęs gretimas organas ar navikas šį organą perraugęs (gimda, makštis, šlapimo pūslė, plonosios žarnos), jis visas arba jo dalis turi būti šalinamas kartu su naviku;

26.6. žarnyno vientisumą galima atkurti tik esant gerai žarnos kraujotakai, jei nėra žarnų tempimo;

26.7. tais atvejais, kai negalima atkurti žarnyno vientisumo, formuojamos galinės kolostomos;

26.8. kai piktybinis navikas yra apatiniame tiesiosios žarnos trečdalyje ir saugaus atstumo rezekuojuant distalia kryptimi negalima pasiekti, atliekama abdominoperinealinė rezekcija – tiesiosios žarnos ekstirpacija formuojant dirbtinę išangę;

26.9. atlikus visišką mezorektumo eksiziją ir suformavus žemą jungtį, galima formuoti apsauginę ileostomą, kad sumažėtų uždegiminių ir pūlingų komplikacijų, besivystančių dėl siūlių nelaikymo, grėsmė.

27. Lokalių recidyvų dažnis po Aprašo 26 punkte nurodyto gydymo siekia 0–10 proc. Lokalus tiesiosios žarnos piktybinio naviko gydymas galimas esant ligos stadijai T1N0M0. Vietinė ekscizija (endoskopu, atliekant transanalinę endoskopinę naviko pašalinimą ar operuojant) galima esant pT1G1 ir nesant nepalankių histologinių požymių (pumpuravimosi, limfovaskulinės invazijos požymių), pacientui turi būti paaiškinta metastazių tiesiosios žarnos pasaite ir sisteminio išplitimo rizika bei galima rezekcinės operacijos rizika.

28. Lokalus tiesiosios žarnos piktybinio naviko gydymas:

28.1. chirurginis:

28.1.1. transanalinė lokali ekscizija;

28.1.2. transanalinis endoskopinis naviko pašalinimas;

28.2. ertminis spindulinis gydymas.

29. Pooperacinis mirtingumas gali siekti iki 4,5 proc., komplikacijų dažnis – iki 30 proc.

30. Lokalaus tiesiosios žarnos vėžio recidyvo chirurginio gydymo efektyvumas priklauso nuo ankstesnės operacijos pobūdžio, ankstesnės adjuvantinės terapijos pobūdžio, tiesiosios žarnos vėžio recidyvo dydžio bei lokalizacijos.

31. Operuojant tiesiosios žarnos piktybinio naviko lokalių recidyvą, prireikus šalinami arba rezekuojami greta esantys organai (gimda, makštis, šlapimo pūslė, šlapimtakiai, dubens kaulinės struktūros).

32. Esant tolimosioms metastazėms, plačiam kaulinių dubens sienelės struktūrų pažeidimui ar klubinių venų įtraukimui šios operacijos kontraindikuotinos.

33. Jeigu prieš operaciją nustatoma, kad vietinio recidyvo radikaliai pašalinti nepavyks, radikali operacija kontraindikuotina.

34. Esant kolovaginalinėms, kolovezikalinėms fistulėms indikuotinas stomų formavimas.

35. Kombinuotas lokalių recidyvų gydymas:

35.1. ikioperacinis chemospindulinis gydymas;

35.2. agresyvus chirurginis gydymas;

35.3. chemoterapija su biologine terapija ar be jos.

36. Esant ascitui, indikuotina punkcija bei ascito drenažas. Punkcijos metu į *c. peritonei* galima suleisti chemopreparatų. Jei pilvaplėvės karcinozės indeksas mažesnis nei 12–14, esant gerai fizinei ligonio būklei galima citoredukcine operacija ir HIPEC.

37. Tiesiosios žarnos piktybinio naviko gydymas, atsižvelgiant į stadiją pagal Tarptautinės piktybinių navikų klasifikacijos TNM 8-ąją versiją:

37.1. esant T1G1, mažesnę nei 3 cm dydžio piktybinį naviką galima gydyti lokaliai – ekscizija;

37.2. esant T1G1 ir didesniai nei 3 cm arba T2 piktybiniam navikui, atliekamos rezekcinės operacijos;

37.3. esant T3, T4 piktybiniam navikui tiesiosios žarnos vidurinėje apatinėje dalyje (iki 11 cm atstumu nuo *anus*), tikslinga ikioperacinė hipofrakcionuota spindulinė terapija, esant T3 navikui, operuojama po 2–7 parų ar skiriama spindulinė terapija įprastomis frakcijomis ar chemospindulinis gydymas, operacija atliekama po 8–12 savaičių.

38. Gydytojas, chirurginiu būdu gydęs tiesiosios žarnos piktybinį naviką, Aprašo 8 priede nurodytą informaciją pateikia formoje Nr. 003-3/a „Chirurginės operacijos protokolas“.

39. Tiesiosios žarnos piktybiniam navikui gydyti taikomas išorinis spindulinis gydymas. Išorinio spindulinio gydymo reikalavimai pateikti Aprašo 9 priede.

40. Tiesiosios žarnos piktybinio naviko adjuvantinis gydymas:

40.1. adjuvantinis gydymas skiriamas II ir III stadijos tiesiosios žarnos adenokarcinoma sergantiems pacientams;

40.2. pirmenybė teikiama ikioperaciniam suderintam chemospinduliniam gydymui. Bendra chemoterapijos trukmė perioperaciniu laikotarpiu – ne ilgiau kaip 6 mėn.;

40.3. gydymas skiriamas (ar tęsiamas, jei buvo pradėtas iki operacijos) po tiesiosios žarnos piktybinio naviko pašalinimo operacijos praėjus ne daugiau kaip 4–6 sav.

41. Pacientams, kuriems pooperaciniu periodu histologiškai nustatoma II arba III stadija), tikslinga pooperacinė chemoterapija.

42. Tiesiosios žarnos piktybinio naviko chemospindulinio gydymo ir adjuvantinės chemoterapijos schemas pateiktos šio Aprašo 10 priede.

### **TREČIASIS SKIRSNIS**

#### **IŠPLITUSIO GAUBTINĖS ŽARNOS PIKTYBINIO NAVIKO IR TIESIOSIOS ŽARNOS PIKTYBINIO NAVIKO (METASTAZIŲ) GYDYMAS**

43. Ligos recidyvas ir metastazės gydomos SOPT SPĮ.

44. Metastazių kepenyse gydymas:

44.1. pacientams, kuriems atlikta radikali chirurginė operacija ir 3 metų laikotarpiu po operacijos atsiranda ligos recidyvas ar metastazės, rekomenduojama apie 6 mėn. trukmės perioperacinė chemoterapija;

44.2. esant solitarinių metastazių vienoje kepenų skiltyje, indikuotinos kepenų rezekcinio pobūdžio operacijos. Jei solitarinių metastazių randama abiejose kepenų skiltyse, tikslinga



ikioperacinė chemoterapija (pagal FOLFOX ar FOLFIRI schemas), gali būti skiriama biologinė terapija;

44.3. piktybiniam navikui regresavus, atliekamos rezekcinės kepenų operacijos, kurios gali būti derinamos su metastazių sunaikinimu naudojant ADTA arba gali būti atliekama vienos kepenų skilties rezekcija, o kitoje skiltyje atliekama metastazių ekscizija.

44.4. Alternatyvus metastazių kepenyse gydymas:

44.4.1. kepenų rezekcija ir chemoterapija, vaistinius preparatus leidžiant į kepenų arteriją ar *v. portae*;

44.4.2. chemoembolizacija;

44.4.3. krioterapija;

44.4.4. fotokoaguliacija lazeriu;

44.4.5. abliacija aukšto dažnio radijo bangomis;

44.4.6. lokali etanolio alkoholio injekcija.

45. Metastazių plaučiuose gydymas:

45.1. solitarinės metastazės plaučiuose gali būti gydomos atliekant rezekcines plaučių operacijas, kurių tikslas – pašalinti metastazes taip, kad pjūvio kraštai eitų per sveikus audinius, arba abliaciją aukšto dažnio radijo bangomis. Tokia operacija galima, tik jei pirminio vėžio rezekcija yra radikali (atitinka R0);

45.2. nesant galimybės atlikti rezekcinę plaučių operaciją, galima abliacinė procedūra;

45.3. specifiniais atvejais galima lokali spindulinė terapija.

46. Pilvaplėvės karcinomatozės gydymas:

46.1. paliatyvioji chemoterapija ir paliatyviosios operacijos: apeinamųjų anastomozė suformavimas, stentavimas;

46.2. esant ascitui, indikuotina punkcija bei ascito drenažas; punkcijos metu į *c. peritonei* galima suleisti chemopreparatų;

46.3. galima citoredukcinė operacija ir HIPEC.

47. Pagrindiniai išplitusio gaubtinės žarnos piktybinio naviko ir tiesiosios žarnos piktybinio naviko chemoterapijos principai:

47.1. Gydymo taktika priklauso nuo ligos išplitimo. Pagal ligos išplitimą:

47.1.1. jei yra rezektabilių kepenų ir (ar) plaučių metastazių, pagrindinis gydymo tikslas – pašalinti metastazes ir pirminį naviką; galima ir perioperacinė ar pooperacinė chemoterapija;

47.1.2. jei yra abejotino rezektabilumo ar nerezektabilių kepenų ir (ar) plaučių metastazių, bet po sisteminio gydymo galinčių tapti rezektabiliomis, rekomenduojama skirti 2–3 mėn. chemoterapiją su biologine terapija ar be biologinės terapijos, po to, jei įmanoma, operuoti. Po operacijos tęsiama chemoterapija. Metastazes reikia operuoti iš karto, kai tik jos tampa rezektabilios. Skiriant sisteminį gydymą prieš planuojamą operaciją kontroliniai gydymo veiksmingumą rodantys tyrimai turi būti atliekami kas 2–3 mėn. Rekomenduojama perioperacinio sisteminio gydymo trukmė – 6 mėn.;

47.1.3. jei nustatytos daugybinės metastazės, rekomenduojama skirti paliatyviąją chemoterapiją su biologine terapija ar be biologinės terapijos. Jos intensyvumas turėtų būti pasirenkamas įvertinus paciento funkcinę būklę, gretutines ligas ir naviko sukeltus simptomus;

47.1.4. jei yra nustatytos metastazės tik pilvaplėvėje, svarstoma dėl operacijos su HIPEC tikslingumo.

47.2. Metastazavusia storosios žarnos adenokarcinoma sergantiems pacientams skiriama chemoterapija tik fluorpirimidiniais arba jų deriniu su oksaliplatina ir (ar) irinotekanu. Kartu su chemoterapija gali būti skiriama biologinė terapija angiogenezės inhibitoriais ar antiEGFR terapija (pastaroji – tik nustačius laukinio tipo RAS geną). Sisteminio gydymo intensyvumą parenka gydytojų konsiliumas.

47.3. Pirminį naviko židinių rekomenduojama šalinti:

- 47.3.1. jei yra ryškūs jo sąlygoti simptomai (kraujavimas, obstrukcija – dalinė ar visiška);
- 47.3.2. jei planuojamas geros funkcinės būklės pacientų radikalus metastazinės ligos gydymas.
- 47.4. Chemoterapijos efektyvumas vertinamas kas 2–3 mėn. vadovaujantis *RECIST 1.1* kriterijais ir vėžio žymenų (CEA ir (ar) GI 19-9, jei jie informatyvūs), pokyčiu.
- 47.5. Chemoterapijos trukmė gali būti fiksuota (3–6 mėn.) arba gydymas gali būti tęsiamas iki ligos progresavimo ar netoleruotinių šalutinių poveikių pasireiškimo.
- 47.6. Esant gretutinei patologijai ar pasireiškus III–IV laipsnio vaistų šalutiniams poveikiams galima chemopreparatų dozių redukcija.
48. Išplitusio gaubtinės žarnos piktybinio naviko ir tiesiosios žarnos piktybinio naviko chemoterapijos schemos pateiktos Aprašo 11 priede.

### **KETVIRTASIS SKIRSNIS**

#### **ATSITIKTINAI APTIKTAS GAUBTINĖS ŽARNOS NAVIKAS IR TIESIOSIOS ŽARNOS NAVIKAS**

49. SPI, kurioje teikiant asmens sveikatos priežiūros paslaugas pacientui atsitiktinai aptinkamas gaubtinės žarnos navikas ar tiesiosios žarnos navikas, kurie gali būti piktybiniai, organizuoja paciento ištyrimą Aprašo II skyriuje nustatyta tvarka.

### **IV SKYRIUS**

#### **PASVEIKIMO AR LIGOS REMISIJOS KRITERIJAI**

50. Kriterijai, pagal kuriuos nustatoma paciento pasveikimo ar ligos remisijos tikimybė:
- 50.1. chirurginio gydymo radikalumo kriterijai:
- 50.1.1. R0 – mikroskopiškai radikali operacija (neliko navikinės ligos);
- 50.1.2. R1 – tiriant mikroskopu aptinkamos navikinės struktūros (mikroskopiškai neradikali operacija);
- 50.1.3. R2 – makroskopiškai pastebimas naviko likutis.
- 50.2. atsako į konservatyvų gydymą veiksmingumo kriterijai:
- 50.2.1. visiškas naviko išnykimas;
- 50.2.2. dalinis naviko išnykimas (naviko židinių skersmenų suma pagal *RECIST 1.1* kriterijus sumažėjo 30 proc. ar daugiau);
- 50.2.3. stabili liga;
- 50.2.4. ligos progresavimas gydymo metu.

### **V SKYRIUS**

#### **LIGOS EIGOS VERTINIMAS IR GYDYMO TAKTIKA**

51. Ilgalaikis paciento sveikatos būklės stebėjimas vykdomas Ilgalaikio pacientų, sergančių lėtinėmis ligomis, sveikatos būklės stebėjimo tvarkos apraše, patvirtintame Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. vasario 28 d. įsakymu Nr. V-288 „Dėl Ilgalaikio pacientų, sergančių lėtinėmis ligomis, sveikatos būklės stebėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“, nustatyta tvarka.

52. Paciento sveikatos būklės patikrinimo metu gali būti atliekamas CEA tyrimas, jei CEA tyrimo rodikliai buvo padidėję prieš operaciją ir sumažėjo išoperavus naviką.

Kolonoskopija atliekama praėjus 1 metams po operacijos ir kartojama kasmet, jei pirmos kolonoskopijos metu diagnozuoti polipai. Jei polipai nediagnozuoti – kolonoskopija atliekama vieną kartą per 3 metus.

Dėl radiologinio (-ių) tyrimo (-ų) tikslingumo sprendžiama individualiai.

53. Praėjus 5 metams po operacijos ligos atsinaujinimo rizika minimali, prireikus pacientai toliau prižiūrimi šeimos gydytojo.

---

Storosios (gaubtinės) žarnos piktybinio naviko, tiesiosios ir riestinės gaubtinės žarnos jungties piktybinio naviko ir tiesiosios žarnos piktybinio naviko diagnostikos ir gydymo tvarkos aprašo  
1 priedas

## **KOLONOSKOPIJOS ATLIKIMO INDIKACIJOS, ŽARNYNO PARUOŠIMO KOLONOSKOPIJAI, KOLONOSKOPIJOS ATLIKIMO, ĮVERTINIMO IR APRAŠYMO KOKYBĖS REIKALAVIMAI**

1. Kolonoskopijos indikacijos:
  - 1.1. atlikus radiologinį (-ius) tyrimą (-us) įtariama storosios žarnos patologija;
  - 1.2. neaiški kraujavimo į virškinimo traktą priežastis: hematochezė, melena (po atlikto viršutinės virškinimo trakto endoskopinio tyrimo priežastis lieka neaiški);
  - 1.3. teigiamas slapto kraujo išmatose tyrimas (iFOBT);
  - 1.4. neaiški geležies deficitinės anemijos priežastis;
  - 1.5. kliniškai reikšmingas, neaiškios priežasties lėtinis viduriavimas;
  - 1.6. opinio kolito diagnozei ir išplitimui patvirtinti;
  - 1.7. Krono ligos diagnozei patvirtinti;
  - 1.8. užsitęsęs lėtinis apatinės pilvo dalies skausmas, lėtinis vidurių užkietėjimas, pilvo pūtimas;
  - 1.9. kai reikia atlikti kontrolinę kolonoskopiją:
    - 1.9.1. jei žarnynas kolonoskopijai buvo paruoštas nekokybiškai;
    - 1.9.2. jei žarnynas kolonoskopijai buvo paruoštas kokybiškai ir pacientas, atlikus kolonoskopiją, priskiriamas didelės rizikos grupei (t. y. polipo (adenomos) dydis  $\geq 10$  mm arba yra didelio laipsnio displazija arba viliozinė adenoma arba yra 3 ir daugiau adenomų arba dantytojo polipo dydis  $\geq 10$  mm arba yra jo displazija) – kontrolinė kolonoskopija atliekama po 3 metų. Jei po 3 metų atlikus kolonoskopiją pacientas priskiriamas didelės rizikos grupei, kontrolinė kolonoskopija atliekama vėl po 3 metų, jeigu nepriskiriamas didelės rizikos grupei – po 5 metų;
    - 1.9.3. jei žarnynas kolonoskopijai buvo paruoštas kokybiškai ir pacientas, atlikus kolonoskopiją, nėra priskiriamas didelės rizikos grupei ir pacientams, kuriems nebuvo diagnozuotas gaubtinės žarnos piktybinis navikas ar tiesiosios žarnos piktybinis navikas, kontrolinė kolonoskopija atliekama po 10 metų;
    - 1.9.4. po gaubtinės ar tiesiosios žarnos piktybinio naviko gydymo – praėjus 1 metams po naviko pašalinimo. Jei atlikus kolonoskopiją pakitimų nerandama – kolonoskopija atliekama po 3 metų, jei ir vėl nerandama – po 5 metų;
    - 1.9.5. jei prieš chirurginį gydymą dėl naviko stenozės kolonoskopijos metu nepavyko nuodugniai (iki aklosios žarnos) apžiūrėti storosios žarnos, kolonoskopija kartojama praėjus 3–6 mėn. po operacijos;
    - 1.9.6. pacientams, sergantiems opinio kolitu, kontrolinė kolonoskopija atliekama po 8 metų nuo diagnozės nustatymo:
      - 1.9.6.1. jei pacientui nustatomi didelės rizikos požymiai (storosios žarnos striktūra arba displazija diagnozuota per paskutinius 5 metus, pirminis sklerozuojantis cholangitas, pankolitas su aktyvaus sunkaus uždegimo požymiais), kontrolinė kolonoskopija atliekama kasmet;
      - 1.9.6.2. jei pacientui nustatomi vidutinės rizikos požymiai (pankolitas, lengvo ar vidutinio sunkumo uždegimas, použdegiminiai polipai, anamnezėje gaubtinės ir tiesiosios žarnos naviko diagnozė paciento pirmos kartos artimiesiems iki 50 metų ir vėliau), kontrolinė kolonoskopija atliekama kas 2–3 metai;

1.9.6.3. jei pacientas nepriskiriamas vidutinės ar didelės rizikos grupei, kontrolinė kolonoskopija atliekama po 5 metų;

1.9.7. pacientams, sergantiems Krono liga (kai storosios žarnos pažeidimas  $> 1/3$  ilgio), kontrolinė kolonoskopija atliekama 1.9.6 papunktyje nustatyta tvarka;

1.10. kai operacijos metu reikia patikslinti patologijos lokalizaciją;

1.11. kai endoskopiškai reikia stabdyti kraujavimą;

1.12. kai kolonoskopijos metu reikia pašalinti polipą (-us);

1.13. kai reikia įvertinti pooperacinę anastomozę;

1.14. kai tuo pačiu metu atliekamas endoskopinis ir chirurginis gydymas;

1.15. kai reikia įvertinti ir gydyti pooperacines komplikacijas;

1.16. kai yra storosios žarnos dekompresija esant ūminiam storosios žarnos išsiplėtimui arba riestinės žarnos užsisukimui;

1.17. storosios žarnos susiaurėjimo (pvz., anastomozės vietose) balioniniam plėtimui atlikti;

1.18. simptominiame (paliatyviame) storosios žarnos stenožuojančiam ar kraujuojančiam navikui gydyti (stentavimas, kraujavimo stabdymas);

1.19. naviko lokalizacijai žymėti;

1.20. esant kitoms nei šių reikalavimų 1.1–1.19 papunkčiuose nurodytos indikacijoms, jei atlikti kolonoskopiją paskiria gydytojas specialistas.

2. Storojo žarnyno paruošimas kolonoskopijai:

2.1. Pacientui paaiškinama tinkamo storojo žarnyno paruošimo kolonoskopijai svarba. Visą reikalingą informaciją apie žarnyno paruošimą kolonoskopijai pacientui suteikia gydytojas, siunčiantis pacientą atlikti kolonoskopijos. Pacientui įteikiamas informacinis lapelis.

2.2. Storojo žarnyno paruošimo kolonoskopijai būdas pacientui parenkamas individualiai (pvz., esant vidurių užkietėjimui, sergant cukriniu diabetu jis turėtų būti intensyvesnis ir nestandartinis).

2.3. 1–3 dienas iki tyrimo pacientui skiriama mažai skaidulų turinti dieta.

2.4. Jei kolonoskopija atliekama ryte (8–12 val.), tirpalai, skirti žarnynui paruošti, geriama dieną prieš tyrimą (svarbu, kad paskutinis žarnynui paruošti skirtas tirpalo kiekis būtų suvartotas likus kuo mažiau laiko iki kolonoskopijos atlikimo).

2.5. Jei kolonoskopija atliekama per pietus (12–15 val.), taikomas dalijamasis paruošimo būdas – pusė tirpalo kiekio, skirtas storajam žarnynui paruošti, išgeriama dieną prieš tyrimą vakare, pusė – tyrimo dieną anksti ryte ir baigiama gerti likus 4 valandoms iki kolonoskopijos atlikimo pradžios.

2.6. Jei kolonoskopija yra atliekama po pietų ar vakare (15–20 val.), visą kiekį žarnynui paruošti skirtas tirpalo galima išgerti tyrimo dieną.

3. Kolonoskopinio tyrimo kokybės rodikliai:

3.1. Žarnyno paruošimas kolonoskopijai vertinamas pagal Bostono žarnyno paruošimo kokybės įvertinimo skalę. Žarnynas paruoštas kokybiškai, jei žarnyno paruošimas kolonoskopijai įvertintas ne mažiau kaip 6 balais.

3.2. Atliekama nuodugni kolonoskopija, kurios metu turi būti atlikta aklosios žarnos ir distalinės klubinės žarnos apžiūra (jei nėra ryškios spindžio stenozės naviku ar kitų objektyvių priežasčių).

3.3. Kolonoskopijos atlikimo laikas (kolonoskopo ištraukimo iš aklosios žarnos iki išangės laikas) – ne trumpiau kaip 6 min. Į šį laiką neįskaičiuojamas žarnoje likusio turinio plovimas ir išsiurbimas, polipektomijos ir biopsijų atlikimo laikas.

3.4. Gydytojas, atliekantis kolonoskopijas, 25 proc. tiriamų vyresnių kaip 50 metų pacientų turi diagnozuoti bent vieną adenomą. Šį rodiklį skaičiuoja ir stebi asmens sveikatos priežiūros įstaiga, kurioje dirba gydytojas, atliekantis kolonoskopiją.

3.5. Kolonoskopijos metu įvykusi komplikacija registruojama ir aprašoma formoje Nr. 025/a „Ambulatorinės asmens sveikatos istorija“, patvirtintoje Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. sausio 27 d. įsakymu Nr. V-120 „Dėl Privalomų sveikatos statistikos apskaitos ir kitų tipinių formų bei privalomų sveikatos statistikos ataskaitų formų patvirtinimo“, arba formoje Nr. 003/a „Gydymo stacionare ligos istorija“, nurodytoje Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1999 m. lapkričio 29 d. įsakyme Nr. 515 „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų veiklos apskaitos ir atskaitomybės tvarkos“.

4. Kolonoskopijos metu atliekamų priešnavikinių ir ankstyvų maligninių polipų gydymo metodika ir rekomenduojami gydymo radikalumo kriterijai pateikti 1 ir 2 schemose.

5. Kolonoskopijos metu diagnozuoti polipai šalinami ambulatoriškai arba stacionare.

6. Jei kolonoskopijos metu buvo pašalintas maligninis polipas su kojyte, invazijos gylis vertinamas pagal Haggitt skalę:

6.1. esant Haggitt 0–2 lygiui ir endoskopiškai radikaliai pašalinus polipą, tolesnis chirurginis gydymas neindikuotinas;

6.2. esant Haggitt 4 lygiui indikuotinas tolesnis chirurginis gydymas;

6.3. esant Haggitt 3 lygiui (metastazavimo į limfmazgius rizika 6,2–8,0 proc.), dėl papildomo chirurginio gydymo tikslingumo sprendžia DGS komanda, atsižvelgdama į kitų tyrimų duomenis;

6.4. papildomas chirurginis gydymas reikalingas, jei navikas yra vertikaliame rezekcijos krašte.

7. Radus storosios žarnos patologinių pakitimų (navikas, polipas ar kt.), imama biopsinė medžiaga arba siunčiamas tirti kolonoskopijos metu pašalintas polipas. Pašalintas polipas gali būti nesiuočiamas tirti histologiškai, jeigu atliekant kolonoskopiją didelės raiškos kolonoskopu su optine chromoendoskopija nustatomi tipiški hiperplastinio polipo (pvz., NICE 1) ar adenomos be malignizacijos požymiai (pvz., NICE 2).

8. Kolonoskopijos aprašyme nurodoma:

8.1. tyrimas atliktas su intravenine nejautra ar be jos;

8.2. ar kolonoskopijos metu apžiūrėta akloji žarna ir galinė klubinės žarnos dalis, jeigu ne – nurodomos priežastys, kodėl neapžiūrėta;

8.3. storojo žarnyno paruošimo kolonoskopijai įvertinimas pagal Bostono žarnyno paruošimo kokybės įvertinimo skalę;

8.4. kolonoskopijos trukmė (min.);

8.5. kolonoskopijos metu nustatyti radiniai:

8.5.1. diagnozavus polipą – jo dydis milimetrais ir morfologija pagal Paryžiaus klasifikaciją (1 lentelė);

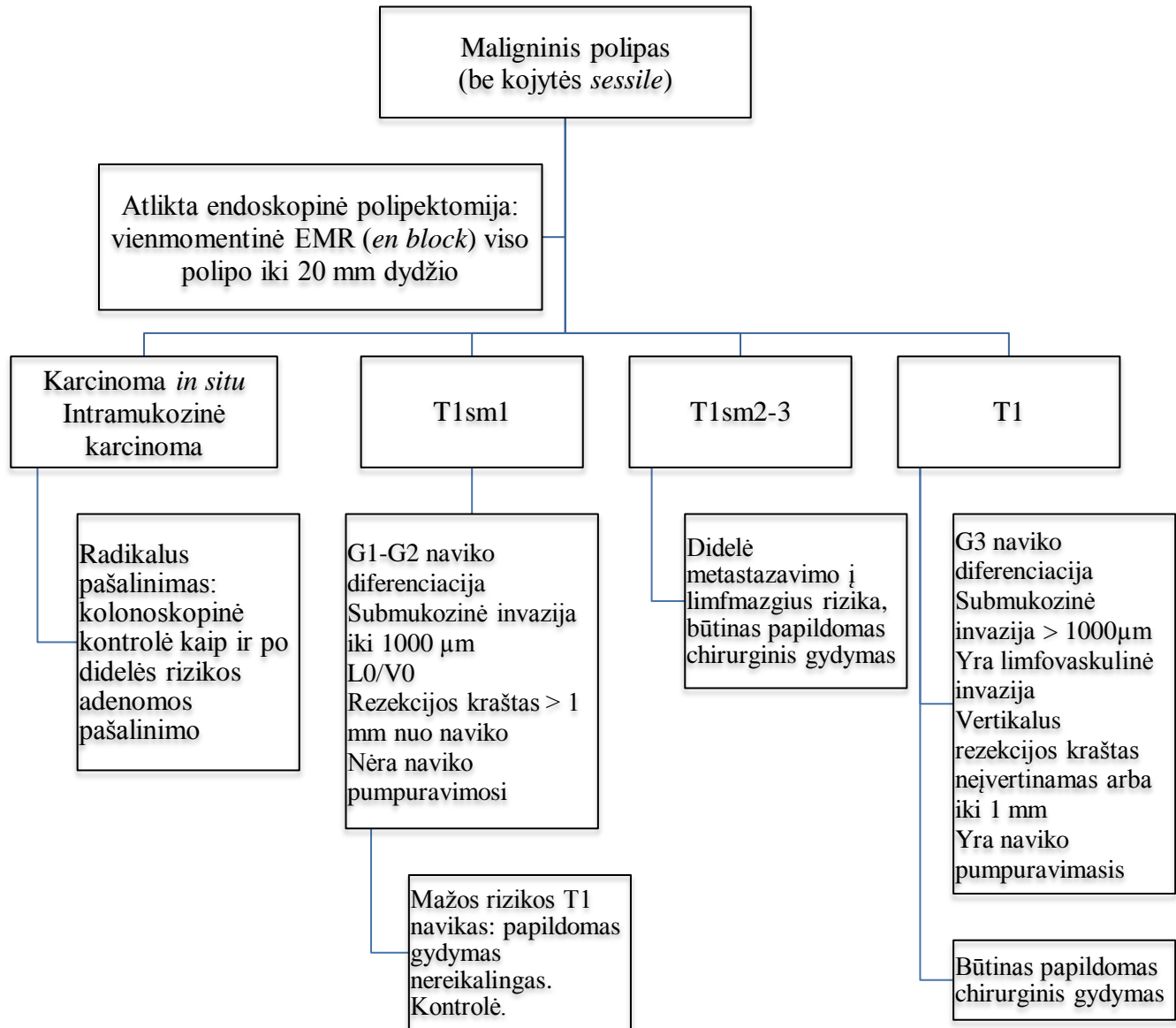
8.5.2. patologijos lokalizacija – atstumas nuo išeinamosios angos (cm) (jei patologija yra tiesiojoje žarnoje) arba nurodomas žarnos segmentas (jei patologija ne tiesiojoje žarnoje);

8.6. jei buvo šalinamas polipas – polipo šalinimo metodas (pagal 2 schemą);

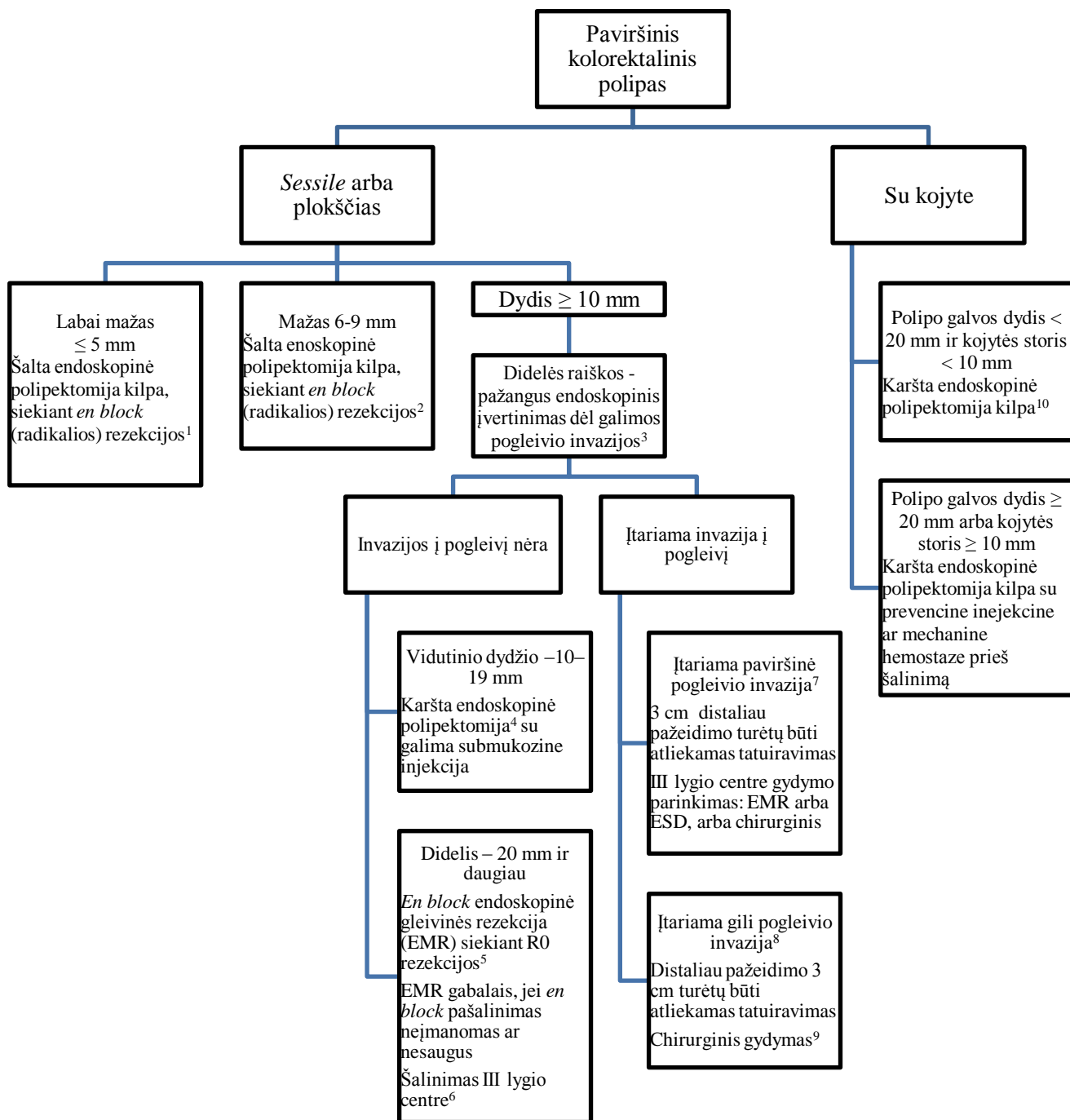
8.7. ar kolonoskopijos metu paimta biopsinė medžiaga. Jei kolonoskopijos metu biopsinė medžiaga paimta iš kelių polipų ar kitų pakitimų, nurodoma tiksli biopsinės medžiagos paėmimo vieta (-os), sunumeruojami biopsinės medžiagos ėminiai ir tie patys numeriai nurodomi formoje Nr. 014-1-1/a „Siuntimas atlikti patologijos tyrimą“, patvirtintoje Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. sausio 27 d. įsakymu Nr. V-120 „Dėl privalomų sveikatos statistikos apskaitos ir kitų tipinių formų bei privalomų sveikatos statistikos ataskaitų formų patvirtinimo“;

8.8. kolonoskopijos išvada (trumpas tyrimo apibendrinimas), prireikus, rekomenduojama kontrolinė kolonoskopija.

**1 schema.** Kolonoskopijos metu atliekamo maligninio polipo (be kojytės) endoskopinio pašalinimo apimties kriterijai ir veiksniai, lemiantys tolesnio chirurginio gydymo indikacijas.



2 schema. Endoskopiniai storosios žarnos polipų šalinimo būdai pagal jų dydį ir formą.



<sup>1</sup>Šaltą polipektomiją biopsinėmis žnyplėmis galima atlikti labai mažiems polipams ( $\leq 3$ mm), kai šalta polipektomija kilpa yra techniškai sudėtinga.

<sup>2</sup>Kai *en block* (vienu metu pašalinamas visas pažeidimas viename gabale) pašalinimas neįmanomas, endoskopinė polipektomija gabalais turi būti atlikta stengiantis, kad gabalų būtų kuo mažiau. Visa pašalinta medžiaga turėtų būti pateikta ištirti.



<sup>3</sup>Atliekama standartinė chromoendoskopija arba didelės raiškos endoskopinis tyrimas su optine chromoendoskopija.

<sup>4</sup>Šalta endoskopinė polipektomija gabalais gali būti atliekama tada, kai yra vengtinas galimas gilusis terminis pažeidimas, tačiau jo efektyvumui pagrįsti reikalingi tolesni įrodymai.

<sup>5</sup>Įmanoma, jei polipo dydis  $\leq 25$  mm ir jis yra tiesiojoje žarnoje ir kairėje gaubtinės žarnos pusėje.

<sup>6</sup>Endoskopinis polipo šalinimas III lygio centre, jei polipas didesnis kaip 40 mm, nepatogi lokalizacija (ileocekalinis vožtuvas, aplink apendikso angą, šalia anorektalinės jungties), prieš tai taikytas endoskopinis ir neradikalus pašalinimas, nėra išsikėlimo požymio po atliktos injekcijos į pogleivį.

<sup>7</sup>Kudo Vi, Sano IIIa.

<sup>8</sup>Kudo Vn, Sano IIIb, NICE3, polipo morfologija: aiškus apribotas įdubimas, išopėjimas.

<sup>9</sup>Chirurginis gydymas reikalingas dėl naviko pašalinimo ir dėl limfodenektomijos.

<sup>10</sup>Jei yra popolipektominė kraujavimo rizika, vartojami antikoagulantai ir antiagregantai, jeigu yra koagulopatija, individualiais atvejais galima taikyti prevencines hemostazines priemones.

1 lentelė. Kolonoskopijos metu nustatytų paviršinių pažeidimų morfologijos apibūdinimas pagal Paryžiaus klasifikaciją.

Paviršinių pažeidimų formos tipai	Klasifikavimas
Su kojyte	Ip
Pusiau su kojyte	Isp
<i>Sessile</i> : didesnis nei uždarų biopsinių žnyplių aukštis ( $> 2,5$ mm)	Is
Plokščias ir nežymiai pakilęs: mažesnis nei uždarų biopsinių žnyplių aukštis ( $< 2,5$ mm)	IIa
Visiškai plokščias ir nėra pakilimo virš gleivinės	IIb
Nežymiai įdubęs (iki 1,2 mm), palyginti su gleivine	IIc
Išopėjęs (gylis $> 1,2$ mm), palyginti su gleivine	III

Storosios (gaubtinės) žarnos piktybinio naviko, tiesiosios ir riestinės gaubtinės žarnos jungties piktybinio naviko ir tiesiosios žarnos piktybinio naviko diagnostikos ir gydymo tvarkos aprašo 2 priedas

## **STOROSIOS ŽARNOS BIOPŠINĖS IR OPERACINĖS MEDŽIAGOS IŠTYRIMO KOKYBĖS REIKALAVIMAI**

1. Storosios žarnos biopsinė ir operacinė medžiaga tyrimui paimama atlikus:
  - 1.1. endoskopinę biopsiją;
  - 1.2. polipektomiją;
  - 1.3. endoskopinę gleivinės rezekciją (mukozektomiją);
  - 1.4. storosios žarnos rezekciją (dėl naviko ar kitos (nenavikinės, pvz., uždegiminės žarnyno ligos) patologijos).
2. Histologiniam tyrimui siunčiamos medžiagos paruošimas:
  - 2.1. medžiagos paėmimas:
    - 2.1.1. įtariant naviką, priklausomai nuo jo dydžio, imama ne mažiau kaip po 2–3 biopšatus iš skirtingų naviko sričių. Nedidelis polipas kolonoskopo koaguliacinėmis žnyplėmis gali būti pašalintas visas. Biopšatai iš skirtingų žarnos segmentų dedami į skirtingai pažymėtus konteinerius. Biopšatai tvirtinami pogleiviu žemyn ant acetato juostų;
    - 2.1.2. paimamas toks storosios žarnos gleivinės ir pogleivio kiekis, kurio pakaktų histologiniam ir imunohistocheminiam tyrimui atlikti. Imami gleivinės audinio gabalėliai turi būti 3–4 mm pločio;
    - 2.1.3. tirti siunčiamos operacinės medžiagos operacinių pjūvių kraštai specialiai pažymimi;
    - 2.1.4. atliekama makrofotografija iki fiksacijos;
  - 2.2. medžiagos siuntimas:
    - 2.2.1. paimta biopsinė medžiaga (toliau – tiriamoji medžiaga), sudėta ant acetato juostų, ir (ar) operacinė medžiaga (prieš tai praplovus spindį) nedelsiant dedamos į pažymėtą sandarų transportavimo indą su kambario temperatūros 10 proc. neutraliu buferiniu formalino tirpalu arba lygiaverčiu neformalininiu fiksatoriumi (toliau – fiksatoriumi) santykiu 1:10. Stambiai operacinei medžiagai gali būti naudojamas mažesnis nei nurodytas fiksatoriaus kiekis, tačiau būtina, kad tirpalas visiškai apsemtų tiriamąją medžiagą ir ji tirti būtų pristatoma kuo greičiau (tą pačią dieną). Į fiksatorių įdėti mėginiai laikomi kambario temperatūroje. Siunčiant tirti kelis to paties paciento mėginius (kai reikia pažymėti medžiagą ir kai svarbu gauti atskirą patologijos išvadą), naudojamos atskiros vidinės pakuotės;
    - 2.2.2. transportavimo indams žymėti naudojama atspari skysčiams bei mechaniniams veiksniams etiketė, užpildyta patvariu rašikliu. Etiketėje nurodoma:
      - 2.2.2.1. paciento pavardė ir vardas spausdintinėmis raidėmis, asmens kodas;
      - 2.2.2.2. tyrimą siunčiančios asmens sveikatos priežiūros įstaigos pavadinimas;
      - 2.2.2.3. siunčiant tirti kelis to paties paciento mėginius, nurodomas atskiro indo numeris;
    - 2.2.3. tiriamoji medžiaga detalai aprašoma siuntimo tirti blanke (pateikiami svarbiausi klinikiniai duomenys, endoskopinio vaizdo aprašymas, nurodant gleivinės pokyčius, darinių lokalizaciją, dydį, formą ir kt.). Jei įtariama amiloido depozicija, būtina tai pažymėti klinikinėje diagnozėje;
    - 2.2.4. infekuota tuberkuliozės mikobakterija, žmogaus imunodeficito virusu, hepatito C virusu, hepatito B virusu ar kt. infekcinių ligų sukėlėjais tiriamoji medžiaga siunčiama pažymėta

specialia žyma „INFEKCIJOS PAVOJUS!“, kuria ženklina vidinė ir išorinė pakuotės bei siuntimo tirti blankas;

2.2.5. tiriamoji medžiaga tirti transportuojama tą pačią dieną arba kitos dienos ryte, bet ne vėliau kaip per 24 valandas;

2.2.6. siunčiant tiriamąją medžiagą patologijai ištirti, pildoma popierinė ar elektroninė forma Nr. 014-1-1/a „Siuntimas atlikti patologijos tyrimą“, patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. sausio 27 d. įsakymu Nr. V-120 „Dėl privalomų sveikatos statistikos apskaitos ir kitų tipinių formų bei privalomų sveikatos statistikos ataskaitų formų patvirtinimo“ (toliau – forma Nr. 014-1-1/a). Užpildyta elektroninė siuntimo forma atspausdinama, pasirašoma ir siunčiama kartu su tiriamąja medžiaga;

2.2.7. jei storosios žarnos biopsinė medžiaga siunčiama pagal Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programą, patvirtintą Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. birželio 23 d. įsakymu Nr. V-508 „Dėl Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programos patvirtinimo“, formos Nr. 014-1-1/a viršutiniame dešiniajame kampe didžiosiomis raidėmis parašomas žodis „PROGRAMA“.

3. Storosios žarnos navikų makroskopinio ištyrimas:

3.1. endoskopinės storosios žarnos biopsijos medžiagos:

3.1.1. makroskopinio tyrimo apraše nurodomas audinio biopstatų skaičius, dydis;

3.1.2. mikroskopiniam tyrimui paimama visa medžiaga;

3.2. polipektomijos medžiagos:

3.2.1. makroskopinio tyrimo apraše nurodomas polipinio darinio dydis (3 matmenys) (jei darinys fragmentuotas – bendras fragmentų dydis), apibūdinama darinio forma ir pagrindas (platus, su kojyte), kojytės ilgis ir skersmuo (jei ji yra), paviršius (lygus, gruoblėtas, skiltėtas, kt.), audinio konsistencija (elastingas, trapus, kt.), spalva;

3.2.2. dažais pažymimas rezekcijos kraštas (jei jis identifikuojamas);

3.2.3. mikroskopiniam tyrimui paimama visa medžiaga;

3.3. endoskopinės gleivinės rezekcijos (mukozektomijos) medžiagos:

3.3.1. makroskopinio tyrimo apraše nurodomas gleivinės fragmento dydis (3 matmenys) (jei darinys submukozinis – darinio dydis bei dengiančio gleivinės lopo dydis), apibūdinamas gleivinės paviršius (matomi dariniai, jų dydis, atstumas iki rezekcijos krašto, spalva, forma, kt.), audinio konsistencija (elastingas, trapus, kt.);

3.3.2. dažais pažymimas visas rezekcijos pjūvio plotas;

3.3.3. mikroskopiniam tyrimui paimama visa medžiaga prioritetą teikiant rezekcijos kraštų vizualizavimui;

3.4. storosios žarnos rezekcijos operacinės medžiagos:

3.4.1. gautas histologinis objektas atveriamas (jei neatvertas prieš tai) išilginiu pjūviu priešingoje naviko pusėje;

3.4.2. gauta nefiksuota žarna pritvirtinama smeigtukais prie kamštinės (ar analogiškos medžiagos) lentelės ir įdedama į 10 proc. neutralaus buferinio formalino tirpalą arba lygiavertį neformalinį fiksiatorių 24 val. Tirpalas turi visiškai apsemti fiksuojamą objektą;

3.4.3. po fiksavimo, cirkuliaraus rezekcijos kraštui (CRK) įvertinti žarnos segmentas su naviku žymimas specialiu tušu;

3.4.4. jei navikas (makroskopiškai) perauga gretimis organus, jie fiksuojami kartu 24 val. (visi vamzdiniai organai atveriami išilgai, solidiniuose organuose padaromi 1–2 cm žingsnio pjūviai jų nefragmentuojant);

3.4.5. aprašomi radiniai:

3.4.5.1. nurodoma, jei įtariama, kad objektas fiksuotas ne formalino tirpale arba lygiaverčiame neformalininiame fiksiatoriuje;

3.4.5.2. nurodoma, ar histologinis objektas atvertas ir kaip tai atlikta;

3.4.5.3. histologinis objektas apibūdinamas (gleivinės fragmentas, žarnos sienelės fragmentas, nurodant anatomines žarnos dalis, jei tai įmanoma);

3.4.5.4. matmenys (rezektato dydis, gretimų organų ar struktūrų dydžiai);

3.4.5.5. esant žarnos navikui, aprašoma jo charakteristika: skaičius (jei navikai keli), lokalizacija (plonoji žarna, storoji žarna: akloji, gaubtinė (kylančioji, kepenų linkis, skersinė, blužnies linkis, nusileidžiančioji, riestinė) ar tiesioji), dydis ir storis (trys matmenys), forma (plokščias, egzofitas, endofitas), išopėjimas, spalva, konsistencija, invazijos lygis, santykis su seroza, atstumas nuo proksimalinio, distalinio, cirkuliaraus (tiesiojoje žarnoje) ar pasaito rezekcijos pjūvių;

3.4.5.6. nenavikinės gleivinės vaizdas, jei neįprastas (polipai, hipertrofija, atrofija, išopėjimai, spalva, divertikulai ir kt.), kiti patologiniai radiniai;

3.4.5.7. regioninių limfmazgių skaičius, dydis;

3.4.6. makroskopinio tyrimo metu paaimami šie reprezentatyvūs audinių fragmentai histologiniam ištyrimui:

3.4.6.1. šeiminės adenomatozinės polipozės atveju imami 3 reprezentatyvūs pjūviai iš polipų (jei polipai didesni nei 1 cm);

3.4.6.2. navikas supjaustomas 3–4 m storio pjūviais, histologiniam tyrimui paaimama: 1 gabalėlis, besiribojantis su aplinkine gleivine, ne mažiau kaip 2 gabalėliai tikėtinos didžiausios invazijos vietoje ir ne mažiau kaip 1 gabalėlis labiausiai tikėtinoje pilvaplėvės pažeidimo vietoje (serozuotas paviršius pažymimas dažais); iš neinformatyvių nekrozės plotų audinių fragmentai neimami;

3.4.6.3. nenavikinė gleivinė (jei matomas išopėjimas, erozijos, hemoragijos, kiti pokyčiai): ne mažiau kaip 2 gabalėliai iš kiekvieno pakitusio audinio; jei matomų pokyčių nėra, paaimamas vienas nepakitusios gleivinės gabalėlis;

3.4.6.4. divertikuliozės atveju histologiniam ištyrimui imami 3 reprezentatyvūs pjūviai iš divertikulų ir 1 pjūvis iš nepakitusios gleivinės;

3.4.6.5. proksimalinis ir distalinis pjūviai: po 1 statmeną operaciniam pjūviui artimiausią navikui gabalėlį, dažais pažymint rezekcijos kraštą;

3.4.6.6. jei rezekcijos krašto audiniai nuo proksimalinio ir (ar) distalinio pjūvio atsiųsti tirti kaip atskiras objektas, medžiaga mikroskopiniam ištyrimui paaimama visa;

3.4.6.7. cirkuliarus rezekcijos kraštas (tiesiosios žarnos naviko atveju): atliekami iki 5 mm storio pjūviai; histologiniam tyrimui imami pjūviai su giliausia naviko invazija ir arčiausiai nuo krašto esančiais naviko depozitais ir (ar) limfmazgiais;

3.4.6.8. gretimi organai (nesant naviko plitimo) – po 1 gabalėlį;

3.4.6.9. gretimi organai (esant naviko plitimui) – ne mažiau kaip 2 gabalėliai iš tikėtino peraugimo vietos;

3.4.6.10. visi (ar ne mažiau kaip 12) regioniniai limfmazgiai.

4. Storosios žarnos navikų mikroskopinis ištyrimas:

4.1. ekscizinės biopsijos ir polipektomijos atveju mikroskopinio tyrimo dalyje aprašoma ir išvadoje nurodoma:

4.1.1. naviko histologinis tipas (aprašoma ląstelinė sudėtis, architektūriniai požymiai);

4.1.2. piktybinio naviko diferenciacijos laipsnis;

4.1.3. piktybinio naviko išplitimas, invazijos gylis (gleivinė, pogleivis, raumeninis sluoksnis);

4.1.4. naviko plitimas operacinio pjūvio krašte;

4.1.5. reikšmingi ligos prognozei faktoriai (intravaskulinė, perineurinė invazija, naviko ląstelių pumpuravimasis);

4.1.6. polipo, kuriame nustatytas piktybinis navikas, tipas (pvz., tubulinė adenoma, tubuloviliozinė adenoma, tradicinė dantytoji adenoma, plokščia dantytoji adenoma ir kt.);

4.1.7. kitų nenavikinių būklių įvertinimas (infekcijos požymiai, išopėjimas, uždegiminės žarnyno ligos, kiti navikai ir kt.);

4.2. jei atliekama storosios žarnos rezekcija, mikroskopinio tyrimo dalyje aprašoma ir išvadoje nurodoma:

4.2.1. naviko histologinis tipas (aprašoma ląstelinė sudėtis, architektūriniai požymiai);

4.2.2. piktybinio naviko diferenciacijos laipsnis;

4.2.3. histologiniai mikrosatelitų nestabilumo požymiai (intraepiteliniai limfocitai, perinavikinė limfocitinė infiltracija, naviko histologinis subtipas);

4.2.4. piktybinio naviko išplitimas, įvertintas pagal Tarptautinę piktybinių navikų klasifikaciją TNM (invazijos lygis, metastazės sritiniuose limfmazgiuose, tolimosios metastazės);

4.2.5. naviko plitimas operacinio pjūvio krašte;

4.2.6. jeigu prieš operaciją buvo taikyta neoadjuvantinė chemoterapija ar spindulinis gydymas, nurodomas naviko regresijos laipsnis pagal Dworak sistemą;

4.2.7. reikšmingi ligos prognozei faktoriai (intravaskulinė, perineurinė invazija, naviko ląstelių pumpuravimasis);

4.2.8. naviko depozitai;

4.2.9. kitų nenavikinių būklių įvertinimas (infekcijos požymiai, išopėjimai, uždegiminės žarnyno ligos, kiti navikai ir kt.).

5. Storosios žarnos navikų specialieji ištyrimo metodai (skiriami gydančio gydytojo arba gydytojo patologo):

5.1. histocheminiai (pvz., PAS, AB/PAS, Giemsa, B/ALF ir kt.);

5.2. imunohistocheminiai (pvz., citokeratinai, mikrosatelitų nestabilumo vertinimas, specifiniai neuroendokrinių, mezenchiminių, limfoidinių ir kitų navikų žymenys ir kt.);

5.3. molekuliniai (pvz., PGR, NGS, FISH, CISH).

6. Imunohistocheminių tyrimų specifinės indikacijos:

6.1. storosios žarnos adenokarcinomų operacinėje medžiagoje (atskiru sprendimu – ir biopsinėje medžiagoje) imunohistocheminis mikrosatelitų nestabilumo požymių (MLH1, MSH2, PMS2, MSH6 ekspresijos) vertinimas atliekamas šiais atvejais:

6.1.1. esant specifiniam adenokarcinomos histologiniam tipui (mucininė, žiedinių ląstelių, medulinė, dantytoji), nepriklausomai nuo lokalizacijos ir ligonio amžiaus. Šiais atvejais pagal mikrosatelitų nestabilumo tyrimo rezultatus adenokarcinomos skirstomos į:

6.1.1.1. žemo laipsnio (*low grade*), jei yra imunohistocheminių mikrosatelitų nestabilumo požymių (MSI);

6.1.1.2. aukšto laipsnio (*high grade*), jei nėra imunohistocheminių mikrosatelitų nestabilumo požymių (MSS);

6.1.2. esant bent vienam iš toliau išvardytų kriterijų, įtariant Lynčo (*Lynch*) sindromą, kuriam esant yra storosios žarnos ir kitų lokalizacijų navikų mikrosatelitų nestabilumas:

6.1.2.1. storosios žarnos adenokarcinoma jaunesniam nei 50 metų amžiaus pacientui;

6.1.2.2. sinchroniniai ir (ar) metachroniniai storosios žarnos (ar kiti su Lynčo (*Lynch*) sindromu susiję, t. y. endometro, plonosios žarnos, šlapimtakių, inksto geldelės) navikai, nepriklausomai nuo paciento amžiaus;

6.1.2.3. storosios žarnos adenokarcinoma jaunesniam nei 60 metų amžiaus pacientui, jei yra histologinių požymių, būdingų MSI-H navikams (bloga diferenciacija (G3), intraepiteliniai limfocitai (TILs), ryškus perineoplastinis uždegiminis atsakas (į Krono ligą panaši reakcija), dantyta architektūra, likutinis dantytosios adenomos (TSA ar SSL) komponentas, ekspansyvus frontas);

6.1.2.4. storosios žarnos adenokarcinomos diagnozė bent vienam paciento pirmos eilės giminaičiui, turinčiam kitų su Lynčo (*Lynch*) sindromu susijusių navikų, jei bent vienas iš šių navikų buvo diagnozuotas jaunesniam nei 50 metų asmeniui;

6.1.2.5. storosios žarnos adenokarcinomos diagnozė dviem ar daugiau pirmos arba antros eilės giminaičių, turinčių kitų su Lynčo (*Lynch*) sindromu susijusių navikų, nepriklausomai nuo jų amžiaus;

6.1.3. patologo sprendimu mikrosatelitų nestabilumo tyrimas gali būti skirtas ir kitais atvejais:

6.1.3.1. prognostiniu tikslu: MSI-H navikai turi geresnę prognozę ir rečiau metastazuoja (tiek į limfmazgius, tiek į kitus organus);

6.1.3.2. predikciniu tikslu: tyrimai rodo, kad adenokarcinomos, kurioms būdingas mikrosatelitų nestabilumas (MSI), blogai atsako į 5-FU terapiją, tačiau irinotekanui gali būti jautresnės nei adenokarcinomos, kurioms būdingas mikrosatelitų stabilumas (MSS);

6.2. imunohistocheminiai tyrimai gali būti naudojami nustatant storosios žarnos adenokarcinomos subtipą:

	CK7 <sup>a</sup>	CK20	CDX2	MUC1	MUC2	MUC5AC
Tipinė <sup>b</sup>	–	+	+	–/+	–/+	–/+
Mucininė	+/-	+/-	+/-	–/+	+/-	–/+
Žiedinių ląstelių	+/-	+	+	–	+	–/+
Medulinė	+/-	+/-	–	+/-	+/-	NA
Mikropapilinė	–	+	+	+ <sup>c</sup>	+	NA
Tiesiosios žarnos	+/-	+	+	NA	NA	NA

Pastabos:

- daugeliu atvejų neigiama (< 10 proc. atvejų reakcija teigiama);
- + daugeliu atvejų teigiama (> 90 proc. atvejų reakcija teigiama);
- +/- dažniau teigiama (50–90 proc. atvejų reakcija teigiama);
- /+ dažniau neigiama (10–50 proc. atvejų reakcija teigiama);
- NA per mažai duomenų patikimai rekomendacijai.

<sup>a</sup> CK7 reakcija, jei ji yra, dažniausiai heterogeniška.

<sup>b</sup> Tipinė storosios žarnos adenokarcinoma apibrėžiama kaip neturinti specifinių morfologinių požymių, būdingų MSI-H navikams, ir lokalizuota proksimaliau tiesiosios žarnos.

<sup>c</sup> Invertuotas piešinys.

7. Molekulinių tyrimų specifinės indikacijos:

7.1. KRAS ir NRAS genų mutacijų tyrimas atliekamas, jei sergant storosios žarnos adenokarcinoma yra atokiųjų metastazių (M1a ar M1b):

7.1.1. molekulinio tyrimo principas: tiriama naviko DNR išskirta iš FFPI (formaline arba lygiaverčiame neformalininiame fiksatoriuje fiksuotų parafine impregnuotų) audinių. Tyrimui reikalingas vienas 5 μm pjūvis, jei navikinis audinys tiriamajame mėginyje sudaro ne mažesnę nei 10 proc. mėginio dalį (gydytojas patologas įvertina tiriamą mėginį ir pažymi naviko vietą pjūvyje). Tyrimas atliekamas realiojo laiko PGR metodu, kuriuo galima aptikti somatines mutacijas KRAS geno 12, 13, 59, 61, 117, 146 kodonuose ir NRAS geno 12, 13, 59, 61, 117, 146 kodonuose, jei jų yra bent 1 proc. iš ėminio išskirtoje DNR;

7.1.2. molekulinio tyrimo rezultatas:

7.1.2.1. KRAS/NRAS genuose mutacijų nenustatyta;

7.1.2.2. nustatyta KRAS geno mutacija (nurodomas kodonas ir egzonas);

7.1.2.3. nustatyta NRAS geno mutacija (nurodomas kodonas ir egzonas);

7.1.2.4. molekulinio tyrimo atlikti negalima (nurodomos objektyvios priežastys, trukdančios atlikti tyrimą, pvz., DNR kokybė, kiekis);

7.2. kitais atvejais molekuliniai tyrimai skiriami prireikus.

8. Storosios žarnos navikų klasifikacija (PSO, 2010):

8.1. epiteliniai navikai:

8.1.1. ikinavikinės būklės:

8.1.1.1. adenoma (tubulinė, viliozinė, tubuloviliozinė);

8.1.1.2. žemo laipsnio intraepitelinė neoplazija (displazija);

8.1.1.3. aukšto laipsnio intraepitelinė neoplazija (displazija);

8.1.2. dantyti pažeidimai:

8.1.2.1. hiperplastinis polipas;

8.1.2.2. plokščia dantyta adenoma / polipas;

8.1.2.3. tradicinė dantyta adenoma;

8.1.3. hamartomos:

8.1.3.1. su Kaudeno (*Cowden*) sindromu susijęs polipas;

8.1.3.1.1. juvenilinis polipas;

8.1.3.1.2. *Peutz-Jeghers* polipas;

8.1.4. karcinoma:

8.1.4.1. adenokarcinoma:

8.1.4.1.1. kribriforminė adenokarcinoma;

8.1.4.1.2. medulinė karcinoma;

8.1.4.1.3. mikropapilinė karcinoma;

8.1.4.1.4. mucininė adenokarcinoma;

8.1.4.1.5. dantytoji adenokarcinoma;

8.1.4.1.6. žiedinių ląstelių karcinoma;

8.1.4.2. adenoplokščialąstelinė karcinoma;

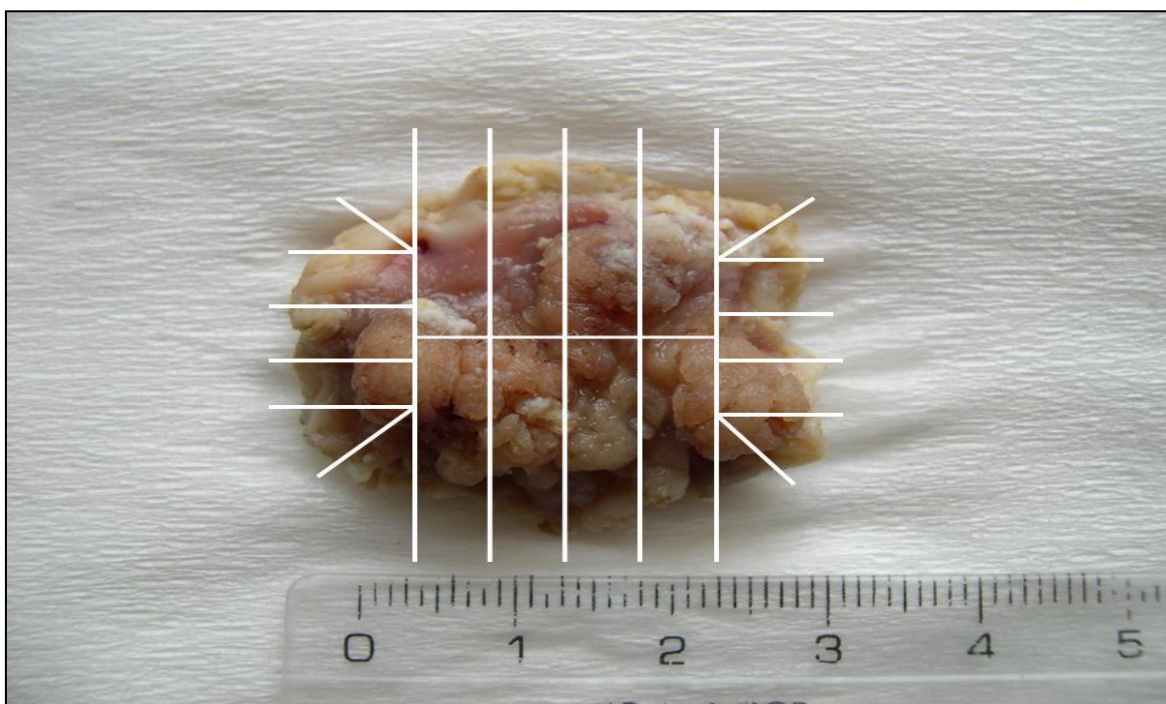
8.1.4.3. šėivinių ląstelių karcinoma;

8.1.4.4. plokščialąstelinė karcinoma;

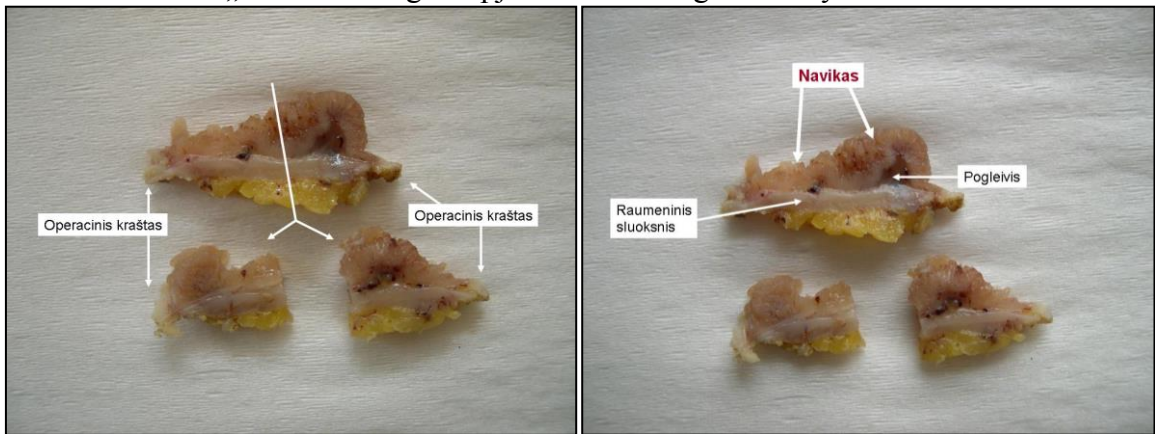
8.1.4.5. nediferencijuota karcinoma.

9. Endoskopinės gleivinės rezekcijos (mukozektomijos) makroskopinio ištyrimo schemas:

1 schema „TEM > 5cm naviko medžiagos išpjovimas histologiniam ištyrimui“



2 schema „TEM medžiagos išplovimas histologiniam ištyrimui“





Storosios (gaubtinės) žarnos piktybinio naviko, tiesiosios ir riestinės gaubtinės žarnos jungties piktybinio naviko ir tiesiosios žarnos piktybinio naviko diagnostikos ir gydymo tvarkos aprašo  
3 priedas

## GAUBTINĖS ŽARNOS PIKTYBINIO NAVIKO IR TIESIOSIOS ŽARNOS PIKTYBINIO NAVIKO ĮVERTINIMAS PAGAL TARPTAUTINĘ NAVIKŲ KLASIFIKACIJĄ TNM

1. Gaubtinės žarnos piktybinio naviko ir tiesiosios žarnos piktybinio naviko histologinis tipas įvertinamas pagal Tarptautinės navikų klasifikacijos TNM 8-ąją versiją.

2. Klinikinė piktybinio naviko klasifikacija cTNM:

### 2.1. T – pirminis navikas:

Tx – pirminio naviko įvertinti neįmanoma;

T0 – pirminio naviko nėra;

Tis<sup>1</sup> – *carcinoma in situ*: intraepitelinis navikas arba naviko invazija į *lamina propria*;

T1 – navikas, infiltravęs pogleivį;

T2 – navikas, infiltravęs *tunica muscularis propria*;

T3 – navikas, per *tunica muscularis propria* infiltravęs subserozą arba nepadengtus pilvaplėvė perikolinius arba perirektinius audinius;

T4 – navikas, tiesiogiai pažeidęs kitus organus arba struktūras ir (arba) perforavęs visceralinę pilvaplėvę:

T4a – navikas, perforavęs visceralinę pilvaplėvę;

T4b – navikas, tiesiogiai infiltravęs gretimus organus ar struktūras<sup>2,3</sup>.

Pastabos:

<sup>1</sup> Gali būti naviko invazija per *lamina propria* iki *tunica muscularis mucosae*, per kurią navikas nepereina iki pogleivio.

<sup>2</sup> Tiesioginiam pažeidimui T4b priklauso ir tie atvejai, kai navikas seroza išplinta į kitus organus ar storosios žarnos segmentus (tai patvirtina mikroskopinis tyrimas) arba kai retroperitonealiai ar subperitonealiai esantys navikai tiesiogiai infiltruoja kitus organus ar struktūras per *tunica muscularis propria*.

<sup>3</sup> Navikas, kuris yra prigludęs prie kitų organų ar struktūrų (makroskopiškai), klasifikuojamas kaip cT4b, tačiau jei mikroskopiškai nematomas naviko suaugimas su kitais organais ar struktūromis, jis turi būti klasifikuojamas kaip pT1–3 (priklauso nuo naviko invazijos į sienelę gylio).

### 2.2. N – sritiniai limfmazgiai:

Nx – sritinių limfmazgių įvertinti neįmanoma;

N0 – sritiniuose limfmazgiuose metastazių nėra;

N1 – yra metastazių 1–3 sritiniuose limfmazgiuose;

N1a – yra metastazių 1 limfmazgyje;

N1b – yra metastazių 2–3 limfmazgiuose;

N1c – yra satelitinių\* navikinių audinių subserozoje arba neperitonizuotos žarnos dalies perikoliniuose ar perirektiniuose minkštuosiuose audiniuose, nesant metastazių sritiniuose limfmazgiuose;

N2 – yra metastazių 4 ir daugiau sritiniuose limfmazgiuose;

N2a – yra metastazių 4–6 sritiniuose limfmazgiuose;

N2b – yra metastazių 7 (ir daugiau) sritiniuose limfmazgiuose.

Pastabos:

\* Jei yra satelitinis mazgelis perikolorektiniame riebaliniame audinyje šalia pirminio naviko ir šiame mazgelyje nėra histologinių limfmazgio požymių, šis mazgelis gali būti traktuojamas kaip nutrūkstantis pirminio naviko išplitimas, naviko invazija į venas su ekstravaskuliniu išplitimu (V1-2) ar navikinių masių visiškai infiltruotas limfmazgis (N1-2). Nutrūkstantis naviko plitimas ar naviko plitimas šalia invazijos į venas turėtų būti vertinamas kaip tumorų depozitai.

Tam, kad būtų galima tinkamai įvertinti N stadiją, būtina rasti 12 limfmazgių.

### 2.3. M – tolimosios metastazės:

M0 – tolimųjų metastazių nėra;

M1 – tolimųjų metastazių yra;

M1a – yra metastazių viename organe ir nėra pilvaplėvėje (kepenyse, plaučiuose, kiaušidėse, ne sritiniuose limfmazgiuose);

M1b – yra metastazių daugiau nei viename organe ir nėra pilvaplėvėje;

M1c – aptinkamos metastazės pilvaplėvėje (gali būti ir kituose organuose).

### 3. Grupavimas pagal stadijas:

0 stadija	Tis	N0	M0
I stadija	T1, T2	N0	M0
II stadija	T3, T4	N0	M0
II A stadija	T3	N0	M0
II B stadija	T4a	N0	M0
II C	T4b	N0	M0
III	Bet kuris T	N1, N2	M0
III A stadija	T1, T2	N1	M0
	T1	N2a	M0
III B stadija	T1; T2	N2b	M0
	T2; T3	N2a	M0
	T3, T4a	N1	M0
III C stadija	T3, T4a	N2b	M0
	T4a	N2a	M0
	T4b	N1, N2	M0
IV A stadija	Bet kuris T	Bet kuris N	M1a
IV B stadija	Bet kuris T	Bet kuris N	M1b

4. Metastazės išoriniuose arba bendruose klubiniuose limfmazgiuose yra klasifikuojamos kaip M1.

Storosios (gaubtinės) žarnos piktybinio naviko, tiesiosios ir riestinės gaubtinės žarnos jungties piktybinio naviko ir tiesiosios žarnos piktybinio naviko diagnostikos ir gydymo tvarkos aprašo 4 priedas

## **KRŪTINĖS LAŠTOS, PILVO IR DUBENS SRIČIŲ KOMPIUTERINĖS TOMOGRAFIJOS TYRIMŲ ATLIKIMO REIKALAVIMAI**

1. Žarnyno paruošimas tyrimams:
  - 1.1. Vieną dvi dienas prieš tyrimą rekomenduojama lengva dieta.
  - 1.2. Žarnyno valymas:
    - 1.2.1. nuodugnus žarnyno valymas reikalingas atliekant kompiuterinės tomografijos (toliau – KT) kolonografijos tyrimą. Žarnynas ruošiamas žarnynui valyti skirtais preparatais (Fortrans, Cololyt ir kt.) santykiu 1 litras/15–20 kilogramų paciento kūno svorio ar kitais asmens sveikatos priežiūros įstaigoje taikomais metodais;
    - 1.2.2. dalinis distalinės dalies žarnyno valymas reikalingas prieš dubens KT, magnetinio rezonanso tomografijos (toliau – MRT), endorektalinį ultragarsinį (toliau – ERUG) tyrimus lokaliai naviko stadijos vertinimui, kuris atliekamas naudojant mikrokлизmą (Microlax 9 mg/5 ml Natrio laurilsulfoacetatas) ar kitais asmens sveikatos priežiūros įstaigoje taikomais metodais.
2. Paciento paruošimas KT kolonografijos tyrimui, dubens KT tyrimui, tiriant dėl lokalaus naviko išplitimo:
  - 2.1. Pacientas į KT kolonografijos tyrimą privalo atvykti nevalgęs ir atlikęs nuodugnų žarnyno valymą.
  - 2.2. Prieš tyrimą virškinamasis traktas peroraliniu būdu užpildomas 1,0–1,5 l negatyvios (įprastas vanduo, metylceliuliozė, 2 proc. manitolio tirpalas) ar pozityvios (jodu, Ba sulfato pagrindu) kontrastinės medžiagos. Siekiant užpildyti visą gaubtinę žarną, kontrastinė medžiaga išgeriama 4 val. iki tyrimo.
  - 2.3. Galimas retrogradinis storosios žarnos kontrastavimas, kuris rekomenduojamas esant distalinės dalies storosios žarnos navikui, taip pat norint iširti visą storąją žarną nepavykus nuodugnai jos apžiūrėti fibrokolonoskopiškai: retrogradiškai per rektalinį zondą suleidžiama 800 ml negatyvios kontrastinės medžiagos (arba kiek leidžia paciento būklė, kol pacientas gali kentėti) arba insuflatoriumi retrogradiškai pripučiama oro ar dujų.
  - 2.4. Atliekant tik dubens srities KT tyrimą žarnynas retrogradiniu būdu užpildomas 200–400 ml negatyvios (pageidautina) kontrastinės medžiagos.
  - 2.5. Į veną sušvirkščinama antiperistaltinės medžiagos (pageidautina sol. Buscopani 20mg/1ml.), 10–15 min. iki tyrimo pradžios.
3. Paciento paruošimas planiniam KT tyrimui, tiriant dėl atokaus išplitimo:
  - 3.1. Į planinį KT tyrimą pacientas atvyksta 4 val. nevalgęs.
  - 3.2. Prieš tyrimą virškinamasis traktas peroraliniu būdu užpildomas 1,0–1,5 l pozityvios (kontrastinė medžiaga su jodu ar bario sulfatu skirta KT žarnyno kontrastavimui) kontrastinės medžiagos (padalijus porcijomis ir geriant vakare, iš ryto ir prieš pat tyrimą).
4. KT ir KT kolonografijos tyrimų rekomendacijos:
  - 4.1. Rekomenduojama KT tyrimą atlikti ne mažiau nei 16 sluoksnių KT aparatu.
  - 4.2. Atliekamos natyvinė ir kontrastinės sekos:
    - 4.2.1. natyvinė seka atliekama 10 mm žingsniu su 7,5 mm intervalu;
    - 4.2.2. kontrastinės sekos atliekamos ašniais pjūviais 5 mm žingsniu su 2,5 mm intervalu.

4.3. Kontrastuojama nejoninėmis intraveninėmis kontrastinio vaizdo sustiprinimo medžiagomis švirkščiant automatinio švirkštu 3–3,5 ml/s greičiu, kontrastinės medžiagos kiekis skaičiuojamas pagal formulę  $1 \text{ ml} \times 1 \text{ kg kūno masės}$  (arba pagal įstaigos patvirtintą protokolą).

4.4. Postrekonstrukciniai vaizdai:

4.4.1. ašiniai (*axial*): 2,5 mm (ar 1,25 mm) žingsniu;

4.4.2. priekiniai vainikiniai (*coronal*): 2,5 mm ar 1,25 mm) žingsniu;

4.4.3. šoniniai strėliniai (*sagital*): 2,5 mm (ar 1,25 mm) žingsniu.

4.5. Vienos srities (dubens) KT tyrimas: skenuojama viršutinė riba – klubakaulių sparnų aukščiausia riba, apatinė riba – gaktikaulių sąvaržos apatinis kraštas.

4.6. Dviejų sričių (pilvo ir dubens) KT tyrimas: skenuojama viršutinė riba – diafragmos kupolo aukščiausia riba, apatinė riba – gaktikaulių sąvaržos apatinis kraštas.

4.7. Trijų sričių (krūtinės ąstos, pilvo ir dubens) KT tyrimas: skenuojama aukščiausia riba – raktikaulių viršutinis kraštas, apatinė riba – gaktikaulių sąvaržos apatinis kraštas.

5. KT kolonografijos ir KT tyrimų atlikimas, vienmomentiškai tiriant dėl lokalaus ir atokaus naviko išplitimo:

5.1. Tik dėl lokalaus išplitimo atliekamas dviejų sričių (pilvo ir dubens KT) tyrimas:

5.1.1. natyvinė fazė (NF);

5.1.2. veninė fazė (VF), atidėjimo laikas 70 s.

5.2. Lokalaus ir atokaus naviko išplitimui vertinti vienmomentiškai atliekamas trijų sričių KT tyrimas – krūtinės ąstos, pilvo ir dubens. Skenuojama fazėmis:

5.2.1. natyvine faze (NF);

5.2.2. arterine faze (AF) (atliekama apimant pilvo-dubens sritis, atidėjimo laikas 30 s);

5.2.3. venine faze (VF) (atliekama apimant krūtinės ąstos, pilvo ir dubens sritis, atidėjimo laikas 70 s);

5.2.4. vėlyva skenavimo (VėF) faze, kuri apima tik pilvo sritį (kepenų židiniams vertinti), atidėjimo laikas 600 s.

6. Dubens KT tyrimo atlikimas, tiriant dėl lokalaus išplitimo:

6.1. Dėl lokalaus tiesiosios žarnos išplitimo atliekamas tik dubens KT tyrimas, Jį sudaro:

6.1.1. natyvinė fazė (NF);

6.1.2. arterinė fazė (AF), atidėjimo laikas 50 s;

6.1.3. veninė fazė (VF), atidėjimo laikas 70–80 s;

6.1.4. papildomai 2,5 mm žingsniu atliekamos postrekonstrukcijos (T ir N stadijoms įvertinti):

6.1.4.1. šoninės strėlinės plokštumos vaizdo rekonstrukcijos, planuojant ašinėje plokštumoje sekoje, centruojant per mažąjį dubenį;

6.1.4.2. ašinės vaizdo rekonstrukcijos atliekamos statmenai naviko (žarnos) išilginei ašiai;

6.1.4.3. priekinės vainikinės plokštumos vaizdo rekonstrukcijos atliekamos išilgai naviko (žarnos) ašiai.

7. Naviko, limfmazgių (toliau – LM), metastazių vertinimo kriterijai ir stadijavimas:

7.1. T stadija:

T1 – lokalus vidinės žarnos sienelės (gleivinės) sustorėjimas, po intraveninio kontrastavimo matyti atipinis kontrastinės medžiagos kaupimasis naviko audinyje;

T2 – navikinių masių įaugimas į raumeninį žarnos sienelės sluoksnį (*m. propria*), be peraugimo požymių į aplinkinius audinius. Kontrastinė medžiaga intensyviau kaupiasi naviko audinyje negu normalioje žarnos sienelėje;

T3 – naviko masių peraugimas už žarnos sienelės raumeninio sluoksnio (*m. propria*) ribų, peraugimas į aplinkinius audinius, be infiltracijos į gretimus organus požymių;

T4 – plati navikinių masių infiltracija į aplinkinius audinius su peraugimu į gretimus organus.

## 7.2. N stadija:

Nx – regioniniai LM nenustatyti;

N0 – nėra metastatinių regioninių LM;

N1 – 1–3 metastatiniai regioniniai LM;

N2 – 4 ir daugiau metastatinių regioniniai LM.

## 7.3. Kriterijai, kuriais remiantis vertinamas LM piktybiškumas:

7.3.1. KT tyrimo požymiai, nustatant piktybiškai pakitusius LM, yra nespecifiniai, mikroskopinio LM pažeidimo diagnostika negalima, todėl piktybiškai pakitusiu LM yra laikomas, kai jo dydis pagal *RECIST 1.1* – 10 mm trumpoji ašis vertinant pilvo srities paraaortinius, parakavalinius, pasaito, regioninius LM. Dubens srityje, esant tiesiosios žarnos navikui, patologiniais laikomi >5 mm dydžio LM;

7.3.2. kiti galimi KT tyrimo požymiai, pagal kuriuos vertinamas LM piktybiškumas: LM dydis 8 mm, pakitusios formos (atipinės formos visuose rekonstrukciniuose vaizduose, t. y. apvalūs, netaisyklingos formos), nelygus išorinis paviršius (smulkiai šakotas), netolygus limfinio mazgo tankis, netolygus ir intensyvus kontrastinės medžiagos kaupimas veninėje fazėje.

## 7.4. M stadija:

M0 – nėra atokiųjų metastazių;

M1 – yra atokiosios metastazės.

## 7.5. Kriterijai, kuriais remiantis vertinamas atokiųjų metastazių buvimas:

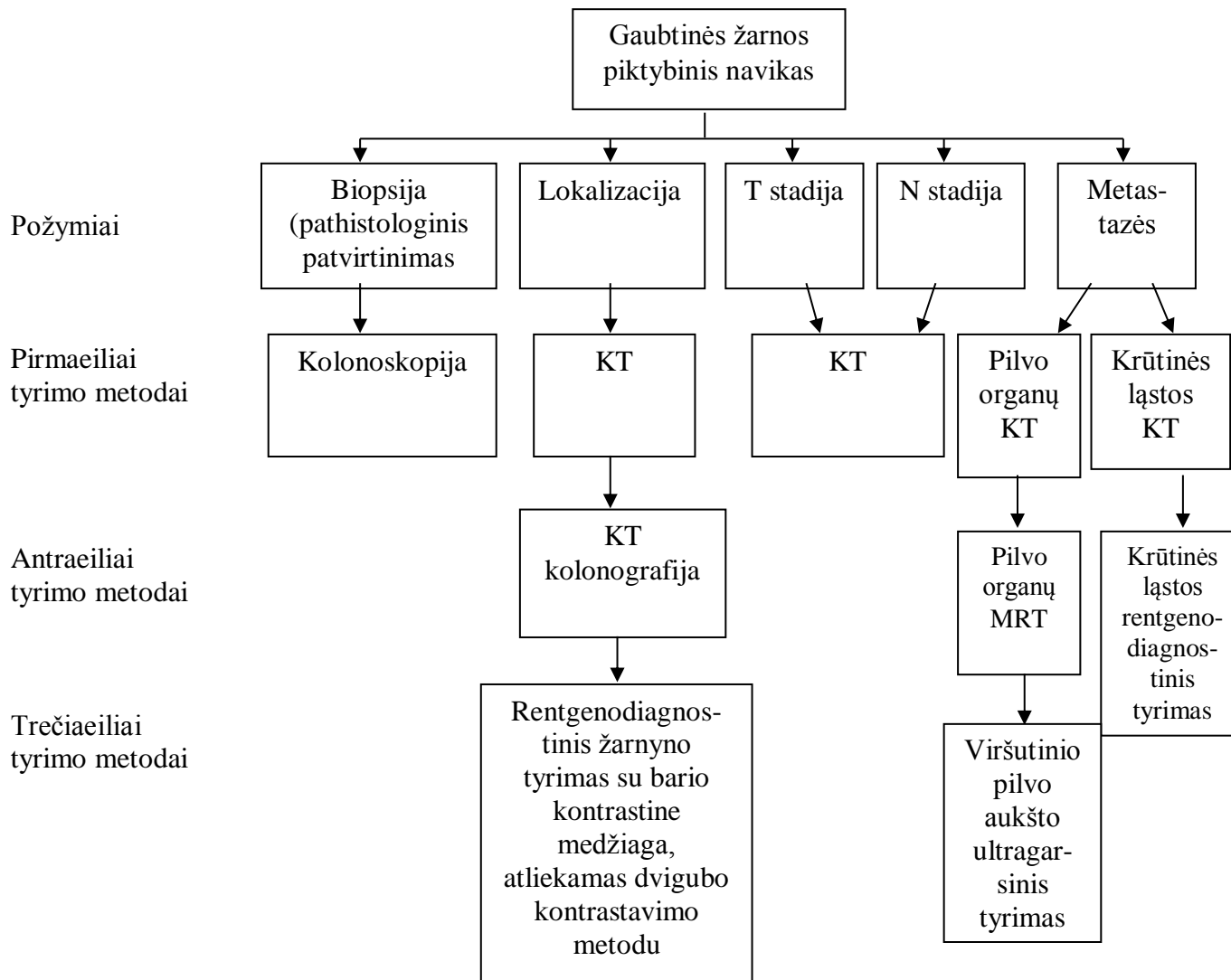
7.5.1. KT tyrimo metu randami židiniai solidinės struktūros pakitimai plaučių, kepenų, blužnies parenchimoje. Sušvirkštus intraveninę kontrastinę medžiagą, metastaziniai židiniai dažnai hipovaskuliarūs arba hipervaskuliarūs, kontrastavimosi intensyvumas dažnai panašus į naviko audinio tankį;

7.5.2. židiniai pakitimai kauluose gali būti osteoblastiniai, osteoklastiniai ar mišraus tipo.

## 8. Radiologinių tyrimų pagrindimas ir algoritmas.

Gaubtinės žarnos lokali piktybinio naviko stadija bei atokus išplitimas nustatomi kolonoskopijos, rentgenodiagnostiniu, ultragarsiniu ir KT tyrimais. Prieš operaciją atokiam ir lokaliai piktybinio naviko išplitimui vertinti tiksliausias yra KT tyrimas. Jo metu nustatoma piktybinio naviko lokalizacija, sinchroniniai navikai, piktybinio naviko santykis su gretimomis struktūromis, peraugimas į gretimus organus, išplitimas į regioninius bei atokiuosius limfinius mazgus, ascitas, pilvaplėvės karcinozės požymiai, metastatiniai židiniai kepenyse, plaučiuose bei kauluose. Pilvo srities KT tyrimo nustatant T3–T4 stadijas tikslumas – 95–96 proc., atliekant tyrimą KT kolonografijos metodu tikslumas dar padidėja. Diferencijuojant tarp T1–T3ab ir T3cd–T4 KT tyrimas yra riboto jautrumo. Nustatant N stadiją bei smulkius metastazinius kepenų židinius KT tyrimas yra riboto jautrumo, tačiau nustatant atokiąsias metastazes KT tyrimo tikslumas siekia 95 proc. *EURECCA* diagnostinėse ir gydymo gairėse KT tyrimas rekomenduojamas metastaziniams židiniams plaučiuose nustatyti, tačiau rutiniškai metastaziniams židiniams krūtinės ląstoje nustatyti atliekamas krūtinės ląstos rentgenodiagnostinis tyrimas, kadangi sergant tiesiosios žarnos piktybinio naviku metastazių tikimybė plaučiuose nedidelė – apie 10–18 proc. pacientų, dar mažesnė sergant gaubtinės žarnos piktybinio naviku – apie 2–6 proc. Sergant gaubtinės žarnos piktybinio naviku didžiausia metastazių tikimybė yra kepenys, kurios atlieka filtro vaidmenį. Esant neaiškiam židiniui kepenyse, KT tyrimo metu kaip antraeiliai tyrimo metodai rekomenduojami ultragarsinis tyrimas, MRT tyrimas ar pozitronų emisijos tomografijos tyrimas.

## 9. Gaubtinės žarnos piktybinio naviko radiologinės diagnostikos algoritmo schema:



Storosios (gaubtinės) žarnos piktybinio naviko, tiesiosios ir riestinės gaubtinės žarnos jungties piktybinio naviko ir tiesiosios žarnos piktybinio naviko diagnostikos ir gydymo tvarkos aprašo  
5 priedas

## **ENDOREKTALINIO ULTRAGARSINIO TYRIMO IR DUBENS ORGANŲ MAGNETINIO REZONANSO TOMOGRAFIJOS TYRIMO ATLIKIMO REIKALAVIMAI**

1. Prieš endorektalinį ultragarsinį (toliau – ERUG) tyrimą ir dubens organų magnetinio rezonanso tomografijos (toliau – MRT) tyrimą paruošiamas paciento žarnynas:

1.1. vieną dvi dienas prieš tyrimą skiriama lengva dieta;

1.2. atliekamas dalinis distalinės dalies žarnyno valymas mikrokлизma 4–6 val. iki tyrimo (MicroLax 9 mg/5 ml Natrio laurilsulfoacetatas);

1.3. tyrimo dieną iki tyrimo pacientui rekomenduojama nevalgyti;

1.4. prieš atliekant MRT tyrimą žarnyno peristaltikai sumažinti 10–15 min. iki tyrimo pradžios gali būti skiriami antiperistaltiniai vaistai (*sol. Buscopani 20mg/1ml*).

2. ERUG tyrimo atlikimo reikalavimai:

2.1. paciento padėtis – tyrimas atliekamas gulint ant nugaros arba ant kairiojo šono;

2.2. prieš pradedant tyrimą atliekamas digitalinis tyrimas, preliminariam naviko lokalizacijos, dydžio, morfologijos, žarnos spindžio praeinamumui įvertinti;

2.3. atliekant tyrimą, įvedus jutiklį apžiūrima 10–12 cm žarnos ilgio.

2.4. Tyrimo metu įvertinama:

2.4.1. naviko lokalizacija (aukštis (cm) nuo išangės krašto);

2.4.2. naviko pažeistos ir nepažeistos tiesiosios žarnos sienelės struktūriškumas;

2.4.3. navikinių masių infiltracijos gylys, t. y. sienelės sluoksnių pažeidimas;

2.4.4. peraugimas į mezorektumo audinius (cm);

2.4.5. peraugimas į mezorektinę fasciją, pilvaplėvę, gretimus organus;

2.4.6. regioniniai (perirektaliniai) limfiniai mazgai (vnt.).

3. Kriterijai, kuriais remiantis vertinamas navikinis audinys, limfmazgių (toliau – LM) piktybiškumas:

3.1 Navikinis audinys hipoechogeninės struktūros, jo echogeniškumas žemesnis, palyginti su žarnos sienelės gleivinės, pogleivio, mezorektinio audinio echogeniškumu, bei nežymiai hipogeniškas ar izoechogeniškas, palyginti su žarnos sienelės raumeninio sluoksnio (*m. propria*) echogeniškumu:

T1 – navikinių masių įaugimas į gleivinę ir pogleivį;

T2 – navikinių masių įaugimas į *m. propria*;

T3 – navikinių masių peraugimas *m. propria* ir invazija į mezorektumą:

T3a ≤ 5 mm;

T3b – 6–10 mm;

T3c ≥ 11–15 mm.

T4 – navikinių masių peraugimas į pilvaplėvę ar gretimus organus.

3.2. LM piktybiškumo kriterijai:

3.2.1. dydis – daugiau kaip 6 mm;

3.2.2. apvalios formos;

3.2.3. hipoechogeniškos ir (ar) heterogeninės struktūros;

3.2.4. aiškus arba nelygus išorinis kontūras;

3.2.5. perirektaliai > 5 mm dydžio, apvalūs, hipoechogeniškos struktūros LM 50–70 proc. atvejų piktybiniai.

#### 4. Dubens organų MRT tyrimo reikalavimai:

- 4.1. tyrimas atliekamas naudojant sudėtinę pilvo (dubens) ritę;
- 4.2. paciento padėtis – ant nugaros, iškeltomis virš galvos rankomis ir ištiestomis arba pusiau sulenktomis kojomis per klubų bei kelių sąnarius;
- 4.3. rekomenduojamas vidutinis šlapimo pūslės prisipildymas (esant lokalaus peraugimo įtarimui, rekomenduojama tirti esant visiškai pripildytai šlapimo pūslei). Optimaliai dubens organai įvertinami esant vidutiniškai prisipildžiusiai šlapimo pūslei;
- 4.4. dažniausiai intraveninis kontrastavimas nenaudojamas;
- 4.5. esant T1–T2 stadijos navikams, galimas retrogradinis tiesiosios žarnos kontrastavimas; esant T2–T3–T4 stadijų navikams retrogradinis kontrastavimas nerekomenduojamas;
- 4.6. skenuojama T2W seka šonine strėlinėje (*angl. sagital*), ašinėje (*axial*) ir priekine vainikinėje (*coronal*) plokštumose projekcijomis T1W, T1-FS, DWI sekoje ašinėje plokštumoje ašinėmis sekomis, galima papildomai atlikti kontrastines sekas (rekomenduojamos vertinant naviko atsaką į gydymą ir atokųjį išplitimą).

5. Naviko stadijavimas ir vertinimo kriterijai, remiantis MRT tyrimo rezultatais (pagal Tarptautinės piktybinių navikų klasifikacijos TNM 8-ąją versiją):

##### 5.1. T stadija:

T<sub>x</sub> – naviko negalima nustatyti;  
 T<sub>0</sub> – nėra duomenų apie pirminį naviką;  
 T<sub>1</sub> – navikas įaugęs į pogleivį: T<sub>1</sub> ir T<sub>2</sub> sekose žemo SI intensyvumo naviko masės matomos tik gleivinės pogleivio sluoksniuose ir neperauga į raumeninį sienelės sluoksnį (*m. propria*);

T<sub>2</sub> – navikas įaugęs į raumeninį sienelės sluoksnį (*m. propria*), bet jo neperaugęs (T<sub>2</sub> sekoje naviko SI vidutinio intensyvumo: aukštesnis už raumeninį, bet žemesnis už riebalinį);

T<sub>3</sub> – navikas visiškai peraugęs *m. propria* ir įaugęs į subserozinį sienelės sluoksnį – platus, mazginis ar spindulinis naviko įaugimas į mezorektinį audinį. Pagal gylį (mm) mezorektiniame audinyje (už *m. propria* ribų) T<sub>3</sub> stadija subklasifikuojama į 4 substadijas:

T<sub>3a</sub> < 1 mm;

T<sub>3b</sub> 1 – 5 mm;

T<sub>3c</sub> > 6 – 15 mm;

T<sub>3d</sub> > 15 mm;

T<sub>4</sub> – navikas tiesiogiai peraugęs gretimus organus ar infiltruoja visceralinę pilvaplėvę;

T<sub>4a</sub> – navikas infiltruoja visceralinę pilvaplėvę;

T<sub>4b</sub> – navikas tiesiogiai peraugęs gretimus organus.

5.2. Navikas vertinamas T<sub>1</sub>, T<sub>2</sub> ir DW sekoje: T<sub>2</sub> sekoje ašinėje projekcijoje, kuri yra statmena infiltruotai žarnos sieniei, priekinėje projekcijoje, kuri yra lygiagreti naviko pažeistai sieniei, bei šoninėje projekcijoje. T<sub>2</sub>W sekoje detaliam analizuojamas hipointensinio signalo (SI) navikinis audinys, lyginant su gautais vaizdais DW sekoje bei ADC (*angl. Apparent diffusion coefficient*) (*difuzijos koeficientas*) žemėlapyje.

##### 5.3. Naviko vertinimo kriterijai:

5.3.1. T<sub>2</sub>W sekoje navikinis audinys matomas kaip hipointensinis, žemo ar izodensinio signalo (SI) intensyvumo audinys, suardęs normalų tiesiosios žarnos sienelės struktūriškumą;

5.3.2. įvertinama naviko lokalizacija – atstumas nuo anorektalinio kampo (cm);

5.3.3. įvertinamas naviko dydis – naviko infiltruotos srities storis ir naviko pažeistos sienelės ilgis (mm) – matuojat atstumą tarp labiausiai nutolusių naviko kraštų;

5.3.4. įvertinamas sienelės pažeidimo gylis – plonų pjūvių (1 mm) sekoje, ašinėje projekcijoje, T stadijai nustatyti įvertinama labiausiai piktybiškai atrodanti naviko sienelės dalis;



5.3.5. tiksliai įvertinamas mažiausias atstumas (mm) nuo navikinės infiltracijos krašto arba arčiausiai esančio patologinio limfinio mazgo iki mezorektinės fascijos (toliau – MRF) – tai vadinamoji cirkuliarioji rezekcijos riba (toliau – CRM). Teigiama rezekcijos riba laikomas mažesnis negu 1 mm atstumas;

5.3.6. įvertinamas perivaskulinis plitimas (teigiamas perivaskulinis plitimas: matoma švelni infiltracija aplink kraujagyslę, blogai diferencijuojami kraujagyslės sienelės kontūrai, kraujagyslė trombuota navikinėmis masėmis);

5.3.7. vertinamas MR signalo kitimas difuzijos sekose su skirtingomis b vertėmis. Piktybiškai pakitusio audinio MR signalo intensyvumas didėja, didėjant b vertei;

5.3.8. ADC žemėlapis lyginamas su aukščiausios b vertės seka ir T2 ašine seka. Labiausiai piktybiškai pakitusiame žarnos segmente matuojama skaitinė ADC vertė (*difuzijos koeficiento vertė (skaitinė išraiška, matuojama mm<sup>2</sup>/s)*), lokaliai apimant pasirinktą matavimo sritį (*ROI – angl. region of interest*), vengiant įtraukti kitos rūšies audinį ar nekrozės zoną. ROI dydis įtakos gautiems rezultatams neturi. Navikiniam audiniui vertinti pasirenkama žemiausia išmatuota ADC vertė. Mažesnis kaip  $0,9-1,0 \times 10^{-3}$  mm<sup>2</sup>/s dydžio ADC vertės koeficientas laikomas piktybiškai pakitusiu, jei toje pat zonoje DW sekoje su aukšta b verte (800) matomas aukštas (hiperintensinis) signalas, sutampantis su T2W sekose matoma naviko infiltruota žarnos sienele.

5.4. N stadija:

N<sub>x</sub> – negalima nustatyti regioninių LM;

N0 – nėra metastazių regioniniuose LM;

N1 – metastazės 1–3 regioniniuose LM;

N1a – metastazės 1 regioniniame LM;

N1b – metastazės 2–3 regioniniuose LM;

N1c – naviko depozitai (satelitiniai židiniai) subseroziniuose ar neperitoniniuose perikoliniuose arba perirektiniuose audiniuose, kai nėra metastazių regioniniuose LM;

N2 – metastazės 4 ir daugiau regioniniuose LM;

N2a – metastazės 4–6 regioniniuose LM;

N2b – metastazės 7 ir daugiau regioniniuose LM.

5.5. LM piktybiškumo kriterijai:

5.5.1. arčiausiai naviko (~3cm) esantys pasaito limfiniai mazgai, pasirinktas limfinių mazgų dydis  $\geq 5$  mm;

5.5.2. homogeninis ar heterogeninis hipointensinis SI (dažniausiai identiškas navikiniam žarnos sienelės audiniui);

5.5.3. išorinis kraštas lygus arba nelygus, smulkiai šakotas;

5.5.4. LM T2 sekoje centre su aukšto SI intarpu laikomas nepiktybiniu (aukšto SI intensyvumo riebaliniai neinfiltaruoti limfinio mazgo vartai).

5.6. Perivaskulinio plitimo kriterijai – mrPP (*mrEMVI*):

5.6.1. 0 – neigiamas – nėra naviko plitimo požymių;

5.6.2. 1 – neigiamas – minimali infiltracija, neturinti ryšio su kraujagysle;

5.6.3. 2 – neigiamas – minimali infiltracija, siekianti kraujagyslę, bet be aiškaus navikui būdingo MR signalo;

5.6.4. 3 – teigiamas – tikėtini navikinės periintravaskulinės / intravaskulinės infiltracijos požymiai;

5.6.5. 4 – teigiamas – neabejotini navikinės periintravaskulinės / intravaskulinės infiltracijos požymiai.

5.7. Perivaskulinio plitimo kriterijai – mrPP (*mrEMVI*):

5.7.1. 0 – neigiamas – nėra naviko plitimo požymių;

5.7.2. 1 – neigiamas – minimali infiltracija, neturinti ryšio su kraujagysle;

5.7.3. 2 – neigiamas – minimali infiltracija, siekianti kraujagyslę, bet be aiškaus navikui būdingo MR signalo;

5.7.4. 3 – teigiamas – tikėtini navikinės periintravaskulinė / intravaskulinės infiltracijos požymiai;

5.7.5. 4 – teigiamas – neabejotini navikinės periintravaskulinė / intravaskulinės infiltracijos požymiai.

5.8. CRM vertinimo kriterijai:

5.8.1. neigiama – kai navikinės infiltracijos (ar piktybiškai pakitusio LM) atstumas  $> 1$  mm nuo MRF;

5.8.2. teigiama – kai navikinės infiltracijos (ar piktybiškai pakitusio LM) atstumas  $\leq 1$  mm iki MRF.

5.9. M stadija:

M0 – nėra atokiųjų metastazių;

M1 – atokiosios metastazės;

M1a – kai metastazės matomos tik viename organe (kepenyse, plaučiuose, kiaušidėse, neregioniniuose LM, neišplitusios pilvaplėvėje);

M1b – metastazės daugiau nei viename organe;

M1c – metastazės pilvaplėvėje su ar be metastazėmis kituose organuose.

5.10. Naviko lokalaus išplitimo restadijavimas.

Po neoadjuvantinio gydymo navikinis audinys fibrozuojasi, MRT tyrimo metu matomas kaip žemo MR signalo intensyvumo struktūra, kurios fone sunku vertinti liekamąjį navikinį audinį tik T2W sekose. Restadijuojant naviką būtinos DWI sekos, kurios padeda diferencijuoti liekamąjį navikinį audinį nuo fibrozinių pakitimų. Restadijuojant naviką MRT tyrimo metu yra galimybė atskirti tik yT0–T2 stadijos navikus nuo yT3 (atskiros yT0, yT1, yT2 neišskiriamos).

6. Radiologinių tyrimų pagrindimas ir diagnostinis algoritmas:

6.1. ERUG tyrimas atliekamas ankstyvųjų T stadijų bei žemos lokalizacijos navikams diagnozuoti;

6.2. MRT tyrimas atliekamas aukštos ir vidutinės lokalizacijos, taip pat ir žemos lokalizacijos atveju įtariant vėlesnės negu T2 stadijos (T3–T4) navikų diagnostikai.

6.3. Vertinant tyrimą nurodoma:

6.3.1. tikslus naviko aukštis;

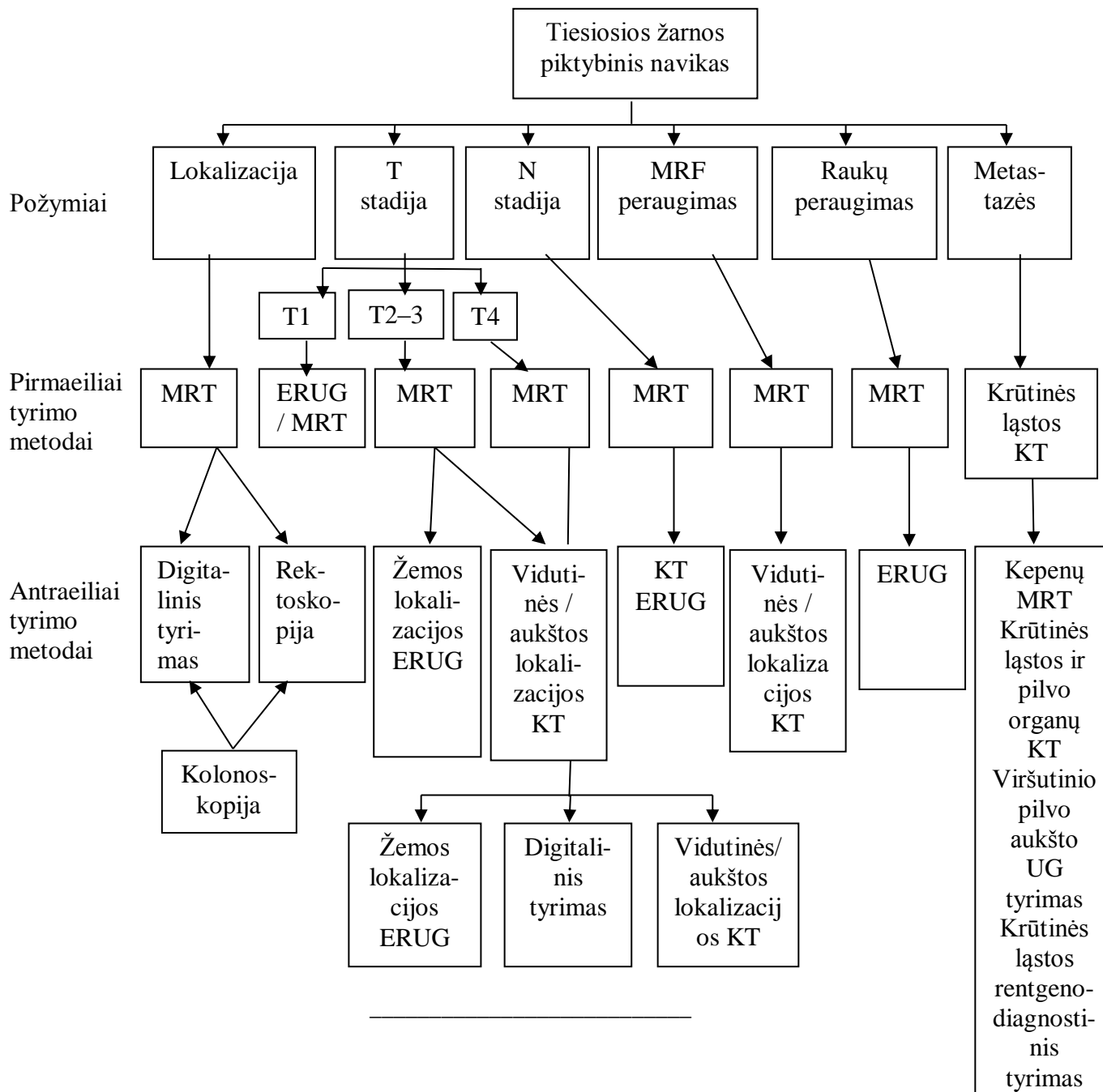
6.3.2. santykis su raukais, MRF, pilvaplėvės linkiu;

6.3.3. piktybiškai pakitę LM;

6.3.4. perivaskulinis naviko plitimas;

6.3.5. vertinant MRT tyrimą papildomai nurodoma T substadijos, perivaskulinis plitimas (EMVI), perilimfinis (L), perineuralinis (pN) atstumas iki MRF (CRM), pakitę LM.

7. Tiesiosios žarnos piktybinio naviko radiologinės diagnostikos algoritmo schema:



Storosios (gaubtinės) žarnos piktybinio naviko, tiesiosios ir riestinės gaubtinės žarnos jungties piktybinio naviko ir tiesiosios žarnos piktybinio naviko diagnostikos ir gydymo tvarkos aprašo 6 priedas

## **DĖL GAUBTINĖS ŽARNOS PIKTYBINIO NAVIKO CHIRURGINIO GYDYMO PATEIKIAMOS INFORMACIJOS TURINIO REIKALAVIMAI**

1. Gydytojo, chirurginiu būdu gydžiusio gaubtinės žarnos piktybinį naviką, pildomoje formoje Nr. 003-3/a „Chirurginės operacijos protokolas“, nurodytoje Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1999 m. lapkričio 29 d. įsakymo Nr. 515 „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų veiklos apskaitos ir atskaitomybės tvarkos“ 1 priede „Privalomų sveikatos statistikos apskaitos ir kitų tipinių formų, pildomų sveikatos priežiūros įstaigose, sąrašas ir saugojimo terminai“, turi būti pateikta ši informacija:

- 1.1. priešoperacinė epikrizė:
  - 1.1.1. ligos diagnozė pagal Tarptautinę piktybinių navikų klasifikaciją TNM;
  - 1.1.2. Daugiadalykės gydytojų specialistų komandos posėdžio data ir išvada;
  - 1.1.3. priešoperacinis gydymas, jo data ir trukmė (nebuvo gydyta / skirta chemoterapija / skirtas chemospindulinis gydymas);
- 1.2. bendra informacija apie operaciją:
  - 1.2.1. pjūvis (laparoskopijos metodika);
  - 1.2.2. pilvo ertmės apžiūros duomenys:
    - 1.2.2.1. naviko tiksli lokalizacija storojoje žarnoje (segmentas);
    - 1.2.2.2. dydis (..x..x.. cm);
    - 1.2.2.3. paslankus (taip / ribotai / ne);
    - 1.2.2.4. serozinis dangalas (neperaugtas / peraugtas);
    - 1.2.2.5. naviko penetracija į aplinkinius organus (audinius) (nėra / yra, jei yra – nurodoma, į kokius);
    - 1.2.2.6. limfagyslių pažeidimo požymiai (nėra / yra);
    - 1.2.2.7. sritiniai limfmazgiai (nepadidėję / padidėję);
    - 1.2.2.8. sritiniai limfmazgiai (minkšti / kieti);
    - 1.2.2.9. atokiosios metastazės (nėra / yra; jei yra – nurodoma, kur ir kiek; ar imta biopsinė medžiaga (ne / taip, jei taip – nurodoma, iš kur);
    - 1.2.2.10. skystis pilvo ertmėje (nėra / yra, citologinis tyrimas darytas / nedarytas, naviko ląstelių rasta / nerasta;
  - 1.3. speciali informacija apie operaciją:
    - 1.3.1. tiksli arterijos (-ų) perrišimo vieta;
    - 1.3.2. tiksli venos (-ų) perrišimo vieta;
    - 1.3.3. pasaito pašalinimas;
    - 1.3.4. oralinė žarnos perpjovimo vieta ir šios vietos atstumas iki naviko;
    - 1.3.5. aboralinė žarnos perpjovimo vieta ir šios vietos atstumas iki naviko;
    - 1.3.6. jungtis (taip / ne), stomos vieta;
      - 1.3.6.1. galas-galas / galas-šonas / šonas-šonas / šonas-galas;
      - 1.3.6.2. siūlai (nurodoma, kokie) / siūlės darytos mechaniniu cirkuliariu aparatu / mechaniniu linijiniu aparatu;
      - 1.3.6.3. vieno aukšto / dviejų aukštų / trijų aukštų;
      - 1.3.6.4. prevencinė stoma (taip / ne);

- 1.3.7. pasaito defektas užsiūtas (taip / ne);
  - 1.3.8. pilvo ertmė drenuota (ne / taip, jei taip – nurodoma, kiek);
  - 1.3.9. pilvo sienos siūlė;
  - 1.3.10. kraujo netektis operacijos metu (ml);
  - 1.4. informacija apie operacijos metu pašalintus audinius:
    - 1.4.1. naviko dydis (..x..x.cm);
    - 1.4.2. atstumas nuo proksimalinio rezekcijos krašto (cm) ir distalinio rezekcijos krašto (cm);
    - 1.4.3. navikas / žarna operacijos metu (neprakiuręs / prakiuręs);
    - 1.4.4. navikas yra peraugęs žarnos sieną (ne / taip);
    - 1.4.5. pasaitas su sritiniais limfmazgiais (pašalintas (visas / dalis) / nepašalintas, jei nepašalintas – nurodoma, kodėl);
    - 1.4.6. storojoje žarnoje matomi / nematomi kiti navikai / polipai;
    - 1.4.7. pašalintos žarnos ilgis (cm);
    - 1.4.8. pooperacinė ligos stadija pagal Tarptautinės piktybinių navikų klasifikacijos TNM 8-ąją versiją.
-

Storosios (gaubtinės) žarnos piktybinio naviko, tiesiosios ir riestinės gaubtinės žarnos jungties piktybinio naviko ir tiesiosios žarnos piktybinio naviko diagnostikos ir gydymo tvarkos aprašo 7 priedas

## GAUBTINĖS ŽARNOS PIKTYBINIO NAVIKO ADJUVANTINĖS CHEMOTERAPIJOS SCHEMOS

1. Gaubtinės žarnos piktybinio naviko adjuvantinės chemoterapijos schemos:
  - 1.1. FOLFOX 4 schema:

Oksaliplatina – 85 mg/m<sup>2</sup>/d. į veną (2 val. trukmės infuzija), lašinama 1 d.  
Kalcio folinatas (folino rūgštis) – 200 mg/m<sup>2</sup>/d. į veną (2 val. trukmės infuzija), lašinama 1–2 d.
  - 2 d.

F(5-fluorouracilas) – 400 mg/m<sup>2</sup>/d. į veną (boliusas), skiriama 1–2 d.  
F(5-fluorouracilas) – 600 mg/m<sup>2</sup>/d. į veną (22 val. trukmės infuzija), lašinama 1–2 d.  
Kartojama kas 2 sav., 6–12 kursų.
  - 1.2. FOLFOX 6 schema:

Oksaliplatina – 75–100 mg/m<sup>2</sup> į veną (2 val. trukmės infuzija), lašinama 1 d.  
Kalcio folinatas (folino rūgštis) – 200 mg/m<sup>2</sup>/d. į veną (2 val. trukmės infuzija), lašinama 1 d.
  - d.

F(5-fluorouracilas) – 400 mg/m<sup>2</sup>/d. į veną (boliusas), skiriama 1 d.  
F(5-fluorouracilas) – 2400–3000 mg/m<sup>2</sup> į veną (46 val. trukmės infuzija), pradedama lašinti
  - 1 d.

Kartojama kas 2 sav.
  - 1.3. XELOX schema:

Oksaliplatina – 130 mg/m<sup>2</sup>/d. į veną (2 val. trukmės infuzija), lašinama 1 d.  
Kapecitabinas – po 1000 mg/m<sup>2</sup> *per os* 2 k. per dieną, skiriama 1–14 d.  
Kartojama kas 3 sav., 6–9 kursai.
  - 1.4. De Gramont schema:

Kalcio folinatas (folino rūgštis) – 200 mg/m<sup>2</sup>/d. į veną (2 val. trukmės infuzija), lašinama 1–2 d.
  - 2 d.

F(5-fluorouracilas) – 400 mg/m<sup>2</sup>/d. į veną (boliusas), skiriama 1–2 d.  
F(5-fluorouracilas) – 600 mg/m<sup>2</sup>/d. į veną (22 val. trukmės infuzija), lašinama 1–2 d.  
Kartojama kas 2 sav., 6–12 kursų.
  - 1.5. Kapecitabino schema – 1250 mg/m<sup>2</sup> 2 k. per parą, skiriama 1–14 d.

Kartojama kas 3 sav., 8 ciklai (gydymo trukmė – 6 mėn.).
  - 1.6. Mayo schema:

F(5-fluorouracilas) – 425 mg/m<sup>2</sup>/d. į veną, skiriama 1–5 d.  
Kalcio folinatas (folino rūgštis) – 20 mg/m<sup>2</sup>/d. į veną, skiriama 1–5 d.  
Kartojama kas 4 sav., 6 kursai.
2. Schemos gali būti modifikuojamos, atsižvelgiant į paciento gretutines ligas, vaistų šalutinius poveikius. Kalcio folinatas (folino rūgštis) yra imunomodulatorius, jo optimalios dozės nėra žinomos, galima skirti nuo 20 mg/m<sup>2</sup>/d. iki 400 mg/m<sup>2</sup>/d.
3. Adjuvantinio gydymo trukmė, priklausomai nuo naviko rizikos faktorių, nurodytą Aprašo 21.2 papunktyje, gali svyruoti nuo 3 iki 6 mėn.

Storosios (gaubtinės) žarnos piktybinio naviko, tiesiosios ir riestinės gaubtinės žarnos jungties piktybinio naviko ir tiesiosios žarnos piktybinio naviko diagnostikos ir gydymo tvarkos aprašo 8 priedas

## **DĖL TIESIOSIOS ŽARNOS PIKTYBINIO NAVIKO CHIRURGINIO GYDYMO PATEIKIAMOS INFORMACIJOS TURINIO REIKALAVIMAI**

1. Gydytojo, chirurginiu būdu gydžiusio tiesiosios žarnos piktybinį naviką, pildomoje formoje Nr. 003-3/a „Chirurginės operacijos protokolas“, nurodytoje Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1999 m. lapkričio 29 d. įsakymo Nr. 515 „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų veiklos apskaitos ir atskaitomybės tvarkos“ 1 priede „Privalomų sveikatos statistikos apskaitos ir kitų tipinių formų, pildomų sveikatos priežiūros įstaigose, sąrašas ir saugojimo terminai“, turi būti pateikta ši informacija:

- 1.1. Priešoperacinė epikrizė:
  - 1.1.1. ligos diagnozė pagal Tarptautinę piktybinių navikų klasifikaciją TNM;
  - 1.1.2. Daugiadalykės gydytojų specialistų komandos posėdžio data ir išvada;
  - 1.1.3. priešoperacinis gydymas, jo data ir trukmė (nebuvo gydyta / skirta chemoterapija / skirtas chemospindulinis gydymas);
- 1.2. bendra informacija apie operaciją:
  - 1.2.1. pjūvis (laparoskopijos metodika);
  - 1.2.2. pilvo ertmės apžiūros duomenys:
    - 1.2.2.1. naviko tiksli lokalizacija tiesiojoje žarnoje (atstumas nuo išangės (cm));
    - 1.2.2.2. dydis (..x..x.. cm);
    - 1.2.2.3. paslankus (taip / ribotai / ne);
    - 1.2.2.4. serozinis dangalas (neperaugtas / peraugtas);
    - 1.2.2.5. naviko penetracija į aplinkinius organus (audinius) (nėra / yra, jei yra – nurodoma, į kokius);
    - 1.2.2.6. limfagyslių pažeidimo požymiai (nėra / yra);
    - 1.2.2.7. sritiniai limfmazgiai (nepadidėję / padidėję);
    - 1.2.2.8. sritiniai limfmazgiai (minkšti / kieti);
    - 1.2.2.9. atokiosios metastazės (nėra / yra, jei yra – nurodoma, kur ir kiek; ar paimta biopsinė medžiaga (ne / taip, jei taip – nurodoma, iš kur);
    - 1.2.2.10. skystis pilvo ertmėje (nėra / yra; citologinis tyrimas darytas / nedarytas; naviko ląstelių rasta / nerasta);
  - 1.3. speciali informacija apie operaciją:
    - 1.3.1. tiksli arterijos (-ų) perrišimo vieta;
    - 1.3.2. tiksli venos (-ų) perrišimo vieta;
    - 1.3.3. pasaito pašalinimas (ne pagal transanalinio endoskopinio naviko pašalinimo (toliau – TME) principus (nurodoma, kodėl) / pagal TME principus; dalinė TME / visiška TME);
      - 1.3.3.1. hipogastriniai nervai identifikuoti (taip / ne);
      - 1.3.3.2. hipogastriniai nervai išsaugoti (taip / ne);
    - 1.3.4. oralinė žarnos perpjovimo vieta ir šios vietos atstumas iki naviko (cm);
    - 1.3.5. aboralinė žarnos perpjovimo vieta / abdominoperinealinė ekscizija tradicinė / cilindrinė ir šios vietos atstumas iki naviko (cm);
    - 1.3.6. jungtis (taip / ne), stomos vieta žarnoje ir pilvo sienoje;

- 1.3.6.1. galas-galas / galas-šonas / šonas-šonas / J-rezervuaras-galas / kitoks rezervuaras (nurodyti koks rezervuaras)-galas;
  - 1.3.6.2. siūlai (nurodoma, kokie) / siūlė daryta mechaniniu cirkuliariu aparatu / mechaniniu linijiniu aparatu;
  - 1.3.6.3. vieno aukšto / dviejų aukštų / trijų aukštų;
  - 1.3.6.4. prevencinė stoma (taip / ne ileostoma / kolostoma);
  - 1.3.6.5. stomos vieta pažymėta prieš operaciją (taip / ne, jei ne – nurodoma, kodėl);
  - 1.3.7. pasaito defektas užsiūtas (mažasis dubuo peritonizuotas) (taip / ne);
  - 1.3.8. pilvo ertmė drenuota (ne / taip, jei taip – nurodoma, kiek ir kur);
  - 1.3.9. tarpvietė drenuota (ne / taip, jei taip – nurodoma, kiek ir kur);
  - 1.3.10. pilvo sienos siūlė / tarpvietės siūlė (ekstirpacija);
  - 1.3.11. kraujo netektis operacijos metu (ml);
  - 1.4. informacija apie operacijos metu pašalintus audinius:
    - 1.4.1. naviko dydis (...x...cm);
    - 1.4.2. atstumas nuo proksimalinio rezekcijos krašto (cm) ir distalinio rezekcijos krašto (cm);
    - 1.4.3. navikas / žarna operacijos metu (neprakiurę (-usi) / prakiuręs (-usi);
    - 1.4.4. navikas yra peraugęs žarnos sieną (ne / taip);
    - 1.4.5. pasaitas su sritiniais limfmazgiais pašalintas (visas / dalis / nepašalintas);
    - 1.4.6. pasaito defektai (nėra / nedideli / dideli);
    - 1.4.7. pašalintoje žarnoje matomi / nematomi kiti navikai / polipai;
    - 1.4.8. pašalintos žarnos ilgis (cm);
    - 1.4.9. pooperacinė ligos stadija pagal Tarptautinę piktybinių navikų klasifikaciją TNM.
-



Storosios (gaubtinės) žarnos piktybinio naviko, tiesiosios ir riestinės gaubtinės žarnos jungties piktybinio naviko ir tiesiosios žarnos piktybinio naviko diagnostikos ir gydymo tvarkos aprašo 9 priedas

## **TIESIOSIOS ŽARNOS PIKTYBINIO NAVIKO IŠORINIO SPINDULINIO GYDYMO REIKALAVIMAI**

1. Išorinis spindulinis gydymas – konforminė 3D spindulinė terapija arba moduluoto intensyvumo spindulinė terapija.
2. Paciento padėtis planuojant spindulinį gydymą ir spindulinio gydymo metu – pacientas guli ant nugaros, rankos sukryžiuotos ant krūtinės arba guli ant pilvo, rankos iškeltos ir sukryžiuotos.
3. Paciento šlapimo pūslė turi būti pilna.
4. Planuojant spindulinį gydymą atliekamas dubens kompiuterinės tomografijos tyrimas su kontrastine medžiaga ar be jos, pjūviai atliekami kas 2,5–5 mm.
5. Spindulinio gydymo tūris:
  - 5.1. naviko tūris (GTV):
    - 5.1.1. navikas;
    - 5.1.2. kliniškai pažeisti limfmazgiai (trumpoje ašyje didesni nei 1cm).
  6. Klinikinis taikinio tūris (CTV):
    - 6.1. navikas ar naviko guolis;
    - 6.2. sritiniai limfmazgiai: pagrindiniai klubiniai, vidiniai klubiniai, obturatoriniai ir presakraliniai. Išoriniai klubiniai limfmazgiai į švitinimo tūrį įtraukiami, jei ligos stadija yra T4;
    - 6.3. mezorektumas;
    - 6.4. tiesioji žarna;
    - 6.5. presakralinis tarpas;
    - 6.6. kirkšniniai limfmazgiai – esant išangės, odos ar apatinio makšties trečdaliai pažeidimui;
    - 6.7. perinealinis randas – jei atlikta abdominoperinealinė rezekcija.
  7. Planuojamas taikinio tūris (PTV): CTV + 0,8 – 1 cm.
8. Dozė ir frakcionavimas:
  - 8.1. Priešoperacinis stambiafrakcinis spindulinis gydymas:
    - 8.1.1. po 5 Gy/d. iki 25 Gy suminės židininės dozės;
    - 8.1.2. chirurginė tiesiosios žarnos operacija atliekama per 7 dienas nuo spindulinio gydymo pabaigos.
  - 8.2. Priešoperacinis spindulinis ar suderintas chemospindulinis gydymas:
    - 8.2.1. po 2 Gy/d. iki 50 Gy suminės židininės dozės;
    - 8.2.2. po 1,8–2,0 Gy/d. iki 45–50 Gy suminės židininės dozės, po to atliekama papildoma mažesnio tūrio spinduliuotė į piktybinį naviką ir pažeistus limfmazgius iki 54 Gy suminės židininės dozės, jeigu ligos stadija yra T3–T4;
    - 8.2.3. chirurginė tiesiosios žarnos operacija atliekama po 4–8 savaitių nuo spindulinio gydymo pabaigos.
  - 8.3. Pooperacinis spindulinis gydymas:
    - 8.3.1. po 1,8–2 Gy/d. iki 50 Gy suminės židininės dozės;
    - 8.3.2. papildoma mažesnio tūrio spinduliuotė į naviko guolį po 1,8–2 Gy iki 54–59 Gy suminės židininės dozės.

Storosios (gaubtinės) žarnos piktybinio naviko, tiesiosios ir riestinės gaubtinės žarnos jungties piktybinio naviko ir tiesiosios žarnos piktybinio naviko diagnostikos ir gydymo tvarkos aprašo 10 priedas

## TIESIOSIOS ŽARNOS PIKTYBINIO NAVIKO CHEMOSPINDULINIO GYDYMO IR ADJUVANTINĖS CHEMOTERAPIJOS SCHEMOS

1. Tiesiosios žarnos piktybinio naviko adjuvantinio chemospindulinio gydymo schemas:
  - 1.1. Bolus 5-FU schema:

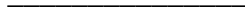
F(5–fluorouracilas) 400 mg/m<sup>2</sup>/d. į veną, skiriama 1–4 d. ir 33–35 d.  
Kalcio folinatas (folino rūgštis) 20 mg/m<sup>2</sup>/d. į veną, skiriama 1–4 d. ir 33–35 d.  
Spindulinė terapija – po 2 Gy 5 k. per savaitę, 5 sav. (suminė židininė dozė iki 50 Gy).
  - 1.2. Kapecitabino schema – kapecitabinas po 825 mg/m<sup>2</sup>/d. 2 k. per parą, skiriama 1–5 d. per savaitę, 5 sav. spindulinės terapijos laikotarpiu.
  - 1.3. Infuzinio f(5–fluorouracilo) schema – infuzinis f(5–fluorouracilas) 225 mg/m<sup>2</sup>/d. į veną (24 val. trukmės infuzija), lašinama 1–5 d. arba 1–7 d. per savaitę kartu su spinduline terapija.
2. Tiesiosios žarnos piktybinių navikų adjuvantinės chemoterapijos schemas:
  - 2.1. FOLFOX 4 schema:

Oksaliplatina – 85 mg/m<sup>2</sup>/d. į veną (2 val. trukmės infuzija), lašinama 1 d.  
Kalcio folinatas (folino rūgštis) – 200 mg/m<sup>2</sup>/d. į veną (2 val. trukmės infuzija), lašinama 1–2 d.
  - 2.2. FOLFOX 6 schema:

F(5–fluorouracilas) – 400 mg/m<sup>2</sup>/d. į veną (boliusas), skiriama 1–2 d.  
F(5–fluorouracilas) – 600 mg/m<sup>2</sup>/d. į veną (22 val. trukmės infuzija), lašinama 1–2 d.  
Kartojama kas 2 sav., 6–12 kursų.
  - 2.3. XELOX schema:

Oksaliplatina – 130 mg/m<sup>2</sup>/d. į veną (2 val. trukmės infuzija), lašinama 1 d.  
Kapecitabinas – po 1000 mg/m<sup>2</sup> *per os* 2 k. per dieną, skiriama 1–14 d.  
Kartojama kas 3 sav., 6–9 kursai.
  - 2.4. Kapecitabino schema – kapecitabinas 1000–1250 mg/m<sup>2</sup> 2 k. per parą, skiriama 1–14 d.  
Kartojama kas 3 sav., 8 kursai.
  - 2.5. Mayo schema:

F(5–fluorouracilas) 425 mg/m<sup>2</sup>/d. į veną skiriama 1–5 d.  
Kalcio folinatas (folino rūgštis) 20 mg/m<sup>2</sup>/d. į veną, skiriama 1–5 d.  
Kartojama kas 4 sav., 4–6 kursai.
3. Schemas gali būti modifikuojamos, atsižvelgiant į paciento gretutines ligas, vaistų šalutinius poveikius. Kalcio folinatas (folino rūgštis) yra imunomodulatorius, jo optimalios dozės nėra žinomos, galima skirti nuo 20 mg/m<sup>2</sup>/d. iki 400 mg/m<sup>2</sup>/d.
4. Rekomenduojama perioperacinio adjuvantinio gydymo trukmė – 6 mėn.



Storosios (gaubtinės) žarnos piktybinio naviko, tiesiosios ir riestinės gaubtinės žarnos jungties piktybinio naviko ir tiesiosios žarnos piktybinio naviko diagnostikos ir gydymo tvarkos aprašo 11 priedas

## IŠPLITUSIO GAUBTINĖS ŽARNOS PIKTYBINIO NAVIKO IR TIESIOSIOS ŽARNOS PIKTYBINIO NAVIKO CHEMOTERAPIJOS SCHEMOS

1. Išplitusio gaubtinės žarnos piktybinio naviko ir tiesiosios žarnos piktybinio naviko chemoterapijos schemos:

1.1. FOLFOX 4 schema:

Oksaliplatina – 85 mg/m<sup>2</sup>/d. į veną (2 val. trukmės infuzija), lašinama 1 d.

Kalcio folinatas (folino rūgštis) – 200 mg/m<sup>2</sup>/d. į veną (2 val. trukmės infuzija), lašinama 1–2 d.

F(5-fluorouracilas) – 400 mg/m<sup>2</sup>/d. į veną (boliusas), skiriama 1–2 d.

F(5-fluorouracilas) – 600 mg/m<sup>2</sup>/d. į veną (22 val. trukmės infuzija), lašinama 1–2 d.

Kartojama kas 2 sav.

1.2. FOLFOX 6 schema:

Oksaliplatina – 85–100 mg/m<sup>2</sup>/d. į veną (2 val. trukmės infuzija), lašinama 1 d.

Kalcio folinatas (folino rūgštis) – 200 mg/m<sup>2</sup>/d. į veną (2 val. trukmės infuzija), lašinama 1 d.

F(5-fluorouracilas) – 400 mg/m<sup>2</sup>/d. į veną (boliusas), skiriama 1 d.

F(5-fluorouracilas) – 2400–3000 mg/m<sup>2</sup> į veną (46–48 val. trukmės infuzija), pradedama lašinti 1 d.

Kartojama kas 2 sav.

1.3. XELOX schema:

Oksaliplatina – 130 mg/m<sup>2</sup>/d. į veną (2 val. trukmės infuzija), lašinama 1 d.

Kapecitabinas – po 1000 mg/m<sup>2</sup> *per os* 2 k. per dieną, skiriama 1–14 d.

Kartojama kas 3 sav.

1.4. FOLFIRI schema:

Irinotekanas –180 mg/m<sup>2</sup>/d. į veną (60–90 min. trukmės infuzija), lašinama 1 d.

Kalcio folinatas (folino rūgštis) – 200 mg/m<sup>2</sup>/d. į veną (2 val. trukmės infuzija), lašinama 1 d.

F(5-fluorouracilas) – 400 mg/m<sup>2</sup>/d. į veną (boliusas), skiriama 1 d.

F(5-fluorouracilas) – 2400 mg/m<sup>2</sup> į veną (46 val. trukmės infuzija), pradedama lašinti 1 d.

Kartojama kas 2 sav.

1.5. FOLFIRI (pagal *Douillard*) schema:

Irinotekanas –180 mg/m<sup>2</sup>/d. į veną (60–90 min. trukmės infuzija), lašinama 1 d.

Kalcio folinatas (folino rūgštis) – 100 mg/m<sup>2</sup>/d. į veną (2 val. trukmės infuzija), lašinama 1–2 d.

F(5-fluorouracilas) – 400 mg/m<sup>2</sup>/d. į veną (boliusas), skiriama 1–2 d.

F(5-fluorouracilas) – 600 mg/m<sup>2</sup>/d. į veną (22 val. trukmės infuzija), lašinama 1–2 d.

Kartojama kas 2 sav.

1.6. FOLFOXIRI schema:

Irinotekanas – 165 mg/m<sup>2</sup>/d. į veną (1 val. trukmės infuzija), lašinama 1 d.

Oksaliplatina – 85 mg/m<sup>2</sup>/d. į veną (2 val. trukmės infuzija), lašinama 1 d.

- d. Kalcio folinatas (folino rūgštis) – 200 mg/m<sup>2</sup>/d. į veną (2 val. trukmės infuzija), lašinama 1 d.  
F(5-fluorouracilas) – 3200 mg/m<sup>2</sup> į veną (48 val. trukmės infuzija), pradedama lašinti 1 d.  
Kartojama kas 2 sav.
- 1.7. De Gramont schema:  
Kalcio folinatas (folino rūgštis) – 200 mg/m<sup>2</sup>/d. į veną (2 val. trukmės infuzija), lašinama 1–2 d.
- 2 d. F(5-fluorouracilas) – 400 mg/m<sup>2</sup>/d. į veną (boliusas), skiriama 1–2 d.  
F(5-fluorouracilas) – 600 mg/m<sup>2</sup>/d. į veną (22 val. trukmės infuzija), lašinama 1–2 d.  
Kartojama kas 2 sav.
- 1.8. Mayo schema:  
F(5-fluorouracilas) – 425 mg/m<sup>2</sup>/d. į veną, skiriama 1–5 d.  
Kalcio folinatas (folino rūgštis) – 20 mg/m<sup>2</sup>/d. į veną, skiriama 1–5 d.  
Kartojama kas 4 sav.
- 1.9. Kapecitabino schema – kapecitabinas po 1250 mg/m<sup>2</sup> 2 k. per parą, skiriama 1–14 d.  
Kartojama kas 3 sav.
- 1.10. Oksaliplatinos schema – oksaliplatina 130 mg/m<sup>2</sup>/d. į veną (2 val. trukmės infuzija), lašinama 1 d.  
Kartojama kas 3 sav.
- 1.11. Irinotekano – irinotekanas 300–350 mg/m<sup>2</sup> į veną (30 min. trukmės infuzija), lašinama 1 d.  
Kartojama kas 3 sav.
- 1.12. Tegafuro schema – tegafuras 750–1000 mg/m<sup>2</sup> per parą (išgerti per 2–3 kartus), skiriama 1–21 d.  
Kartojama kas 4 savaites.
2. Schemas gali būti modifikuojamos, atsižvelgiant į paciento gretutines ligas, vaistų šalutinį poveikį. Kalcio folinatas (folino rūgštis) yra imunomodulatorius, jo optimalios dozės nėra žinomos, galima skirti nuo 20 mg/m<sup>2</sup>/d. iki 400 mg/m<sup>2</sup>/d.
-