

# Onkologinių sveikatos priežiūros paslaugų teikimo rekomendacijos ekstremalių situacijų metu

2020 m. prasidėjusi SARS-CoV-2 viruso sukelta pandemija parodė, jog būtina planuoti kaip ekstremalių situacijų metu reikėtų teikti sveikatos priežiūros paslaugas onkologijos srityje.

Pagrindinės kryptys, į kurias turėtų būti orientuotas ekstremalių situacijų valdymo planas siekiant išlaikyti paslaugas onkologiniams pacientams, yra:

1. Pacientų srautų valdymas.
2. Onkologinių paslaugų teikimo svarbos nustatymas.
3. Ambulatorinių vizitų ir diagnostinių tyrimų rekomendacijos.
4. Onkochirurginio gydymo rekomendacijos.
5. Priešvėžinio medikamentinio gydymo rekomendacijos.
6. Spindulinės terapijos rekomendacijos.
7. Vaikų onkologinių susirgimų gydymo rekomendacijos.

Dažniausių lokalizacijų navikinių susirgimų konsultacijų, ištyrimo ir gydymo paslaugų teikimo svarbos nustatymo rekomendacijos pateikiamos 1-ame priede.

## 1. Pacientų srautų valdymas

Europos medicininės onkologijos draugija (*angl. European Society for Medical Oncology*) rekomenduoja vėžiu sergančių pacientų srautus valdyti remiantis šiais principais [1]:

1. Konsultacijos, kurių metu aptariama vėžio ligai specifinė informacija (pvz. nauja vėžio diagnozė, gydymo plano sudarymas, ligos atkrytis/progresavimas), turėtų vykti įprastu būdu t. y. gyvai atvykstant pas specialistą. Dalis įprastų konsultacijų gali būti pakeičiamos nuotolinėmis telefoninėmis ar video konsultacijomis: pvz. atliekant pirminį pacientų triažą, skiriant medikamentus, atliekant priežiūrą ilgalaikio gydymo metu, atliekant priežiūrą po išrašymo, ypač pasitelkiant nuotolinio stebėjimo priemones.
2. Onkologinių ligų diagnostikos ir gydymo paslaugų teikimo pirmenybė turi būti nustatoma remiantis pandemine situacija šalyje. Galimi SCENARIJAI aprašyti projekto „Sveikatos priežiūros paslaugų teikimo modelis onkologinėmis ligomis sergantiems pacientams pandemijų atvejais“ baigiamosios ataskaitos II skyriuje.
3. Pandemijos metu turi būti siekiama visus hospitalizuojamus pacientus iširti dėl užkrečiamų ligų. Jei užkrečiamų ligų simptomų turi pacientai, kuriems reikia stacionarinio gydymo dėl onkologinio susirgimų, jie visų pirma turi būti izoliuojami ir ištiriami. Gavus neigiamą atsakymą

gali būti taikomas įprastas onkologinės ligos gydymas. Gavus teigiamą atsakymą pacientai turi būti gydomi specializuotuose skyriuose.

4. Vėžiu sergantys pacientai, atvykstantys dėl ambulatorinių paslaugų, prieš patekdami į gydymo įstaigą turi būti tikrinami dėl užkrečiamų ligų simptomų. Nustačius, jog pacientas turi šių simptomų jis turi būti nukreipiamas ištyrimui dėl užkrečiamų ligų ir tik gavęs neigiamą atsakymą gali atvykti į ambulatorinių paslaugų skyrių. Viso gydymo metu pacientai turi dėvėti asmenines apsaugos priemones.

5. Pandemijos metu asmenines apsaugos priemones privalo dėvėti visi sveikatos priežiūros specialistai. Uždarose patalpose dirbantys specialistai turi dėvėti apsaugas akims, apsaugines kaukes ar respiratorius, laikytis rankų higienos. Sveikatos apsaugos specialistai turi būti reguliariai tikrinami dėl užkrečiamų ligų.

## 2. Onkologinių paslaugų teikimo svarbos nustatymas

Teikiant onkologines paslaugas, esant būtinybei, pacientams gali būti nustatoma intervencijos suteikimo svarba [2]. Išskiriamos didelės, vidutinės ir mažos svarbos pacientų grupės (1 lentelė):

1 lentelė. Onkologinių paslaugų teikimo svarbos nustatymas.

Svarba	Apibūdinimas
Didelė	Pacientai, kurių sveikatos būklė šiuo metu kelia pavojų gyvybei, kliniškai nestabilūs pacientai ir tie, kuriems numatoma intervencija turi įtakos išgyvenamumui ir gyvenimo kokybei
Vidutinė	Pacientai, kurių būklė nėra kritiška, bet intervencijos atidėjimas daugiau kaip 6 savaitėms gali turėti įtakos galutinėms išėjimams, o intervencijos nauda atitinka vidutinį lygį
Maža	Pacientai, kurių būklė yra pakankamai stabili, jog intervenciją galima atidėti ilgesniam laikui

Svarbos nustatymas gali būti taikomas teikiant ambulatorines paslaugas (konsultacijos), atliekant diagnostinius tyrimus, taikant chirurginį, medikamentinį ar spindulinį gydymą.

## 3. Ambulatorinių vizitų ir diagnostinių tyrimų rekomendacijos

1. Didėjant užkrečiamų ligų atvejų šalyje (I SCENARIJUS), onkologines paslaugas teikiančios įstaigos visų pirma turi dėti visas pastangas siekiant išlaikyti šių paslaugų prieinamumą t. y. taikyti visas įmanomas užkrečiamų ligų prevencijos priemones, kontroliuoti lankytojų srautus, riboti lydinčių asmenų skaičių, užtikrinti personalo ir lankytojų asmeninių apsaugos priemonių

naudojimą, taip pat naudoti visas kitas prieinamas nespacificinės ir specifinės užkrečiamų ligų profilaktikos priemonės (pagal esamą situaciją).

2. Blogėjant epidemiologinei situacijai (II SCENARIJUS) mažos svarbos konsultacijas (pvz. psichologinės pagalbos vizitai, pasveikusių asmenų vizitai (ilgalaikė stebėseną), antros nuomonės konsultacijos, aktyvios stebėsenos vizitai) rekomenduojama atlikti nuotoliniu būdu.

3. Tik karantino metu ir susiduriant su medicininio personalo trūkumu (III SCENARIJUS) įstaigos turi spręsti dėl onkologinių paslaugų ribojimo. Pvz. laikinai sumažinti dėl gerybinės patologijos atliekamų diagnostinių tyrimų skaičių, laikinai sumažinti dėl stebėsenos atliekamų diagnostinių tyrimų skaičių, laikinai sumažinti kliniškai stabiliems pacientams atliekamų diagnostinių tyrimų skaičių, tarp gydymo ciklų atliekamus diagnostinius tyrimus stengtis atlikti pagal paciento gyvenamą vietą.

4. Visi su gydymu susiję pakeitimai turi būti priimami gydytojų konsiliumo ar multidisciplininės komisijos (MDK) aptarimo metu siekiant individualiai aptarti kiekvieną atvejį, įvertinant galimos naudos ir žalos pacientui santykį ir laikantis galiojančių gydymo rekomendacijų.

## 4. Onkochirurginio gydymo rekomendacijos

Atskiras chirurginio gydymo rekomendacijas yra paskelbusios kelios organizacijos: Chirurginės onkologijos draugija (*angl. Society of Surgical Oncology*) [3], Amerikos chirurgų koledžas (*angl. American College of Surgeons*) [4], Europos medicininės onkologijos draugija (*angl. European Society for Medical Oncology*) [2], Tarptautinė stemplės ligų draugija (*angl. International Society for Diseases of the Esophagus*) [5].

1. Onkochirurgines paslaugas teikiančios įstaigos visų pirma turi dėti visas pastangas siekiant išlaikyti šių paslaugų prieinamumą ir tik karantino metu bei susiduriant su medicininio personalo trūkumu (III SCENARIJUS) įstaigos turi spręsti dėl chirurginių paslaugų ribojimo.

2. Su chirurginiu gydymu susiję pakeitimai turi būti priimami gydytojų konsiliumo ar MDK aptarimo metu siekiant individualiai aptarti kiekvieną atvejį, įvertinant galimos naudos ir žalos pacientui santykį bei laikantis galiojančių gydymo rekomendacijų [6].

4. Daugumą, dėl onkologinių susirgimų atliekamų, operacijų rekomenduojama atlikti 1-3 mėnesių laikotarpiu [7].

5. Remiantis 1-ame priede pateiktomis chirurginio gydymo rekomendacijomis visų pirma turi būti svarstoma atidėti gerybinių darinių, ikivėžinių susirgimų, asimptominių pacientų profilaktines ar rekonstrukcines operacijas. Taip pat, individualiai įvertinus pacientui galimos naudos ir rizikos santykį, galima svarstyti kai kurių operacijų pakeitimą į spindulinį, chemospindulinį ar medikamentinį gydymą.

## 5. Priešvėžinio medikamentinio gydymo rekomendacijos

Priešvėžinio medikamentinio gydymo rekomendacijas yra paskelbusios kelios organizacijos: Europos medicininės onkologijos draugija (*angl. European Society for Medical Oncology*) [2], Amerikos klinikinės onkologijos draugija (*angl. American Society of Clinical Oncology*) [8], Nacionalinis išsamus vėžio tinklas (*angl. National Comprehensive Cancer Network*) [9].

1. Priešvėžinio medikamentinio gydymo paslaugas teikiančios įstaigos turi dėti visas pastangas siekiant išlaikyti šių paslaugų prieinamumą.

2. Pandemijos atveju sprendimas dėl sisteminio medikamentinio priešvėžinio gydymo taktikos parinkimo ar persvarstymo kiekvieno paciento atveju turi būti priimamas, atsižvelgiant į paciento būklę, pažeidžiamumą\*, rizikos ir naudos santykį, onkologinės ligos stadiją, gydymo etapą, ligos prognozę, hospitalizavimo poreikį, reikalingų apsilankymų klinikoje skaičių, numatomą imunosupresijos laipsnį, infekcijos tikimybę ir riziką bei paciento pageidavimus.

\*pažeidžiami pacientai: > 65 metai, sergantys cukriniu diabetu, esama lėtinių širdies ir kraujagyslių sistemos, kvėpavimo takų, urogenitalinės sistemos ar kitų sunkių lėtinių ligų, imunosupresinių būklių.

3. Teikiant medikamentinio gydymo paslaugas, esant būtinybei, pacientams gali būti nustatoma intervencijos suteikimo svarba (žr. 1 lentelę aukščiau). Atskirų lokalizacijų navikinių susirgimų medikamentinio gydymo paslaugų teikimo svarbos nustatymo rekomendacijos pateikiamos 1-ame priede.

Kiti medikamentinio gydymo skyrimo principai pateikiami 2-ame priede.

## 6. Spindulinės terapijos rekomendacijos

1. COVID-19 pandemijos metu ženkliai sumažėjo pacientų skaičius, kuriems skiriamas spindulinis gydymas ir tuo pat metu ženkliai išaugo hipofrakcionuotų režimų taikymas [10]. Didžiojoje dalyje spindulinės terapijos centrų Europoje buvo taikomos šios priemonės: nuolatinis asmens apsaugos priemonių naudojimas, atstumo laikymasis, personalo darbo organizavimas nepersidengiančiomis pamainomis, nuotolinės konsultacijos, gydymo atidėjimas, pacientų patikra prieš patenkant į spindulinės terapijos (ST) skyrius, draudžiamas pacientų lankymas [11].

2. Pandemijos metu ST paslaugos turi būti organizuojamos remiantis SARS (*angl. Safety, Avoidance, Rescheduling, Shortening*) principu [12] (2 lentelė):

2 lentelė. ST paslaugų organizavimas remiantis SARS (angl. *Safety, Avoidance, Rescheduling, Shortening*) principu.

<b>Principas</b>	<b>Apibūdinimas</b>
<i>Safety</i> (saugumas)	Privalomas asmens apsaugos priemonių dėvėjimas visiems sveikatos priežiūros specialistams ir pacientams, pacientų patikra dėl užkrečiamų ligų; draudimas lankytojams patekti į ST skyrius, nuotoliniai stebėsenos vizitai ir multidisciplininiai aptarimai
<i>Avoidance</i> (vengimas)	ST neskyrimas, kai galima užkrečiamų ligų komplikacijų rizika (pvz. vyresnio amžiaus ir daug gretutinių susirgimų turintys pacientai) nusveria galimą ST naudą
<i>Rescheduling</i> (perplanavimas)	ST atidėjimas, kai vėlavimas neturės neigiamo poveikio gydymo rezultatams
<i>Shortening</i> (sutrumpinimas)	Platus hipofrakcionuotų režimų naudojimas siekiant užtikrinti navikų kontrolę pernelyg nepadidinant toksiškumo

3. Pandemijos metu turi būti siekiama maksimaliai sumažinti užkrečiamų ligų plitimo riziką ST metu: 1) taikant vakcinaciją, 2) laikantis socialinės distancijos, 3) dėvint asmens apsaugos priemones, 4) visos įmanomos konsultacijos turėtų būti vykdomos nuotoliniu būdu, 5) sumažinti lydinčiųjų asmenų skaičių, kai būtinas paciento atvykimas į gydymo įstaigą [13].

4. Šalyje vyraujant blogai epidemiologinei situacijai ir susiduriant su medicininio personalo trūkumu (III SCENARIJUS) galima: neskirti dalies įprastomis sąlygomis taikomo spindulinio gydymo (3-ias priedas, 1 lentelė); atidėti dalį įprastomis sąlygomis taikomo spindulinio gydymo (3-ias priedas, 2 lentelė); sumažinti dalies paliatyvaus spindulinio gydymo frakcijų skaičių (3-ias priedas, 3 lentelė).

## 7. Vaikų onkologinių susirgimų gydymo rekomendacijos

1. Dėl ligos retumo – vaikų vėžys sudaro 0,05-0,1 proc. visų diagnozuojamų vėžio atvejų – visame pasaulyje vaikų onkologijos paslaugos dažniausiai teikiamos daugiaprofilinėse ligoninėse, kur gydomi suaugę ir vaikai. Pandemijos atveju tokiuose centruose gali būti perskirstyti išteklių, reikalingi suaugusiųjų COVID-19 pacientams gydyti. Dėl išteklių trūkumo, gali sumažėti diagnostikos (radiologijos, patologijos) ir gydymo (chirurgijos, spindulinės terapijos) paslaugų prieinamumas vaikams.

2. COVID-19 pandemijos metu vėžiu sergančių vaikų mirtingumas buvo mažas, tačiau turėjo didelės įtakos onkologinių susirgimų diagnostikai ir gydymui. Nustatyta jog pandemijos metu sumažėjo naujai nustatomų vėžio atvejų, chirurginio gydymo atvejų, buvo keičiami medikamentinio gydymo režimai, atsirado pertraukų skiriant spindulinį gydymą [14].

3. Vaikų onkohematologinių ligų rizika akivaizdžiai viršija COVID-19 infekcijos riziką, todėl pandemijos metu turi būti užtikrinama galimybė gauti visas medicines paslaugas [15].

4. Visi vaikai, kuriems įtariamas vėžys, turėtų būti tiriami nedelsiant. Rekomenduojama laikytis gydymo įstaigoje galiojančių diagnostikos ir gydymo protokolų, kad būtų patvirtinta diagnozė, nustatyta tiksli stadija ar rizikos grupė, kuri reikalinga adekvaciai gydymui parinkti.

5. Jei pacientui diagnozuota pažengusi onkologinės ligos stadija kartu su COVID-19 liga (simptomine arba aptikta profilaktinės patikros metu), rekomenduojama atlikti būtinus tyrimus tiksliai vaikų vėžio diagnozei nustatyti. Pagal poreikį galima skirti modifikuota gydymą vėžiui kontroliuoti ir leidžianti pasveikti nuo COVID-19 ligos. Tuo atveju, kai vėžys nėra agresyvus (pvz. retinoblastomos ar ankstyvos stadijos Hodžkino limfomos atvejai), tikslinga ir saugu atidėti diagnostinius tyrimus, kol vaikas pasveiks nuo COVID-19 ligos ir bus saugu atlikti visą reikalingą ištyrimą. Visais atvejais diagnostikos ar gydymo modifikacijos turi būtų aptartos MDK komandos (jei reikia, pasitelkus nuotolinės komunikacijos galimybes).

6. Pandemijos metu vaikų hematologinių ligų gydymo paslaugas rekomenduojama teikti remiantis šiais principais: 1) būtina aiški klinikinė lyderystė; 2) dinaminė standartinių procedūrų atlikimo tvarka; 3) viso personalo ir visų pacientų ištyrimas dėl užkrečiamos ligos prieš visas procedūras ar vizitus; 4) rankų plovimo ir asmeninių apsaugos priemonių dėvėjimo profesionalus stebėjimas, kurį atlieka personalas ir šeimos nariai įeinant į klinikinės zonas ir išeinant iš jų; 5) lydinčių asmenų skaičiaus ribojamas vienam pacientui; 6) darbuotojų „grupavimas“ darbo ir poilsio laikotarpiams; 7) fizinis onkologinio personalo atskyrimas nuo darbuotojų, dirbančių COVID-19 zonose; 8) didelės rizikos procedūrų (pvz. kamieninių ląstelių terapijos) skaičiaus mažinimas, siekiant sumažinti intensyviosios terapijos paslaugų poreikį [13].

7. Tarptautinės rekomendacijos [16, 17], pabrėžia, kad onkologinėmis ligomis sergantiems vaikams sunkios SARS-CoV-2 infekcijos rizika yra maža, o rizika susirgti sunkia COVID-19 liga panaši į sveikų vaikų rizika, tačiau aprašyti ir sunkūs atvejai, dažniausiai itin susilpnėjusio imuniteto vaikams. Dėl šios priežasties onkologinėmis ligomis sergantiems vaikams turėtų būti taikomos standartinės profilaktikos ir apsaugos priemonės, o vyresnius nei 12 metų vaikus rekomenduojama skiepyti.

8. Imunosupresiniams pacientams pvz. kraujodaros kamieninių ląstelių (KKL) recipientams (ypač jei vartojami steroidai ar po mieloabliacinio kondicionavimo) gali būti stebimas ilgalaikis SARS-CoV-2 viruso išsiskyrimas ( $\geq 21$  diena). Ilgalaikis viruso skyrimas turi reikšmės ne tik hospitalinės infekcijos prevencijai, bet ir tęstiniam gydymui: KKL recipientams potencialiai gyvybei pavojinga komplikacija gali tapti nekomplikuotos viršutinių kvėpavimo takų infekcijos parėjimas į sunkesnę apatinių kvėpavimo takų infekciją.

4-ame priede pateikiamos rekomendacijos atskiroms dažniausiai pasitaikančioms vaikų onkologinėms ligoms.

## 1 Priedas

# Dažniausių lokalizacijų navikinių susirgimų konsultacijų, ištyrimo ir gydymo paslaugų teikimo svarbos nustatymo rekomendacijos

## Santrumpos

adj. – adjuvantinis

ABVD – doksorubicinas/ bleomicinas/ vinblastinas/ dakarbazinas

ADT – androgenų deprivacijos terapija

ChT - chemoterapija

CNS - centrinė nervų sistema

EKG – elektrokardiograma

FISH – fluorescencinė hibridizacija in situ

GKV – gimdos kaklelio vėžys

GKSF – granulocitų kolonijas stimuliuojantis faktorius.

HJPV – hormonams jautrus prostatos vėžys

HT - hormono terapija

IMDC - tarptautinis metastazavusio inkstų vėžio duomenų bazės konsorciumas (angl. International Metastatic RCC Database Consortium)

IT - imunoterapija

KAPV – kastracijai atsparus prostatos vėžys

KKLT – autologinė kraujodaros kamieninių ląstelių transplantacija

KV - krūties vėžys

KT – kompiuterinė tomografija

MGMT - – metil guanin metil transferazė

MGUS – neaiškios reikšmės monokloninė gamapatija (angl. *monoclonal gammopathy of undetermined significance*)

MDK – multidisciplininė komisija

MRT – magnetinio rezonanso tyrimas

MTS - metastazė

Neoadj. - neoadjuvantinis

NSLPV - nesmulkių ląstelių plaučių vėžys

PET – pozitrono emisijos tomografija

PLV - plaučių vėžys

PSO – Pasaulio sveikatos organizacija

SLIM-CRAB kriterijai : tiesioginiai progresuojančios ligos požymiai (M-proteino padidėjimo  $\geq 10$  g/l jei  $\geq 50$  g/l) ir/ar organų taikinių pažeidimas.

SLPV - smulkių ląstelių plaučių vėžys

SMM – rusenanti dauginė mieloma (angl. *smouldering multiple myeloma*)

ST - spindulinė terapija

st. – stadija

TDL – tūrio dvigubėjimo laikas

# 1. Krūties vėžys (KV)

## Ambulatoriniai vizitai:

- Didelė svarba:
  - pooperaciniai pacientai su komplikacijomis (hematoma, infekcija);
  - KV diagnostika nėštumo metu;
  - naujai diagnozuotas invazinis KV;
  - gydomi pacientai su naujais simptomais.
- Vidutinė svarba:
  - naujai diagnozuotas neinvazyvus KV;
  - pooperaciniai pacientai be komplikacijų

## Diagnostiniai tyrimai:

- Didelė svarba:
  - čiuopiamas darinys krūtyje ar kiti piktybiškumo požymiai;
  - kliniškai įtariamas vietinis atkrytis, kai tikėtinas radikalus chirurginis gydymas;
  - patologinis ištyrimas (histologinis, citologinis) kai yra pakitimai mamogramoje, simptomai arba metastatinės ligos simptomai;
  - tolimesnis ištyrimas, kai mamogramoje nustatyta BIRADS 5.
- Vidutinė svarba:
  - tolimesnis ištyrimas, kai mamogramoje nustatyta BIRADS 4;
  - biopsijos įtariant metastazinę ligą;
  - ankstyvos stadijos pacientų ištyrimas dėl metastazių;
  - echokardiograma ankstyvų stadijų pacientams planuojant gydymą antracikliniais ar anti-HER2 terapija.
- Maža svarba:
  - patikros programos;
  - BIRADS 3;
  - ankstyvų stadijų pacientų stebėseną, restadijavimas, echokardiograma, EKG gali būti atidėti, jei nėra simptomų;
  - pacientams su metastatine liga rekomenduojamas ištyrimas pagal simptomus. .

## Chirurginis gydymas

- Didelė svarba:
  - komplikacijos po KV chirurginio gydymo;
  - komplikacijos po rekonstrukcinės chirurgijos;
  - neoadj. ChT baigusių pacientų chirurginis gydymas;
  - invazyvaus KV pacientų chirurginis gydymas;
  - KV chirurginis gydymas nėštumo metu;
  - recidyvų ekscizija.



- Vidutinė svarba:
  - kliniškai žemos rizikos KV (MDK metu rekomenduota neoadj. ChT/HT atidedant chirurginį gydymą);
  - po radiologiškai gerybinių pakitimų biopsijos histologiškai nustatomi piktybiniai pakitimai .
- Maža svarba:
  - gerybinių darinių chirurginis gydymas;
  - neinvazyvaus KV (in-situ) chirurginis gydymas išskyrus aukšto laipsnio DCIS;
  - po radiologiškai gerybinių pakitimų biopsijos histologiškai nustatomi gerybiniai pakitimai ;
  - krūties autologinė rekonstrukcija ar implantai;
  - didelės rizikos asimptominių pacientų profilaktinis chirurginis gydymas.

### Medikamentinis gydymas

- Ankstyvų stadijų medikamentinis gydymas:
  - Didelė svarba:
    - trigubai neigiamo KV neoadj. ir adj. ChT;
    - HER2-teigiamų pacientų neoadj. ar adj. ChT kartu su taikinių terapija;
    - ER-teig./HER2-neig pacientų neoadj. ir adj. HT ±ChT;
    - neoadj, gydymo užbaigimas;
    - didelės rizikos trigubai neigiamo KV pacientų adj. gydymo kapecitabinu tęsimas;
    - klinikinių tyrimų tęsimas.
  - Vidutinė svarba:
    - moterims po menopauzės žemo ir vidutinio piktybiškumo I st. lobulinio KV chirurginis gydymas gali būti atidėtas skiriant HT;
    - esant žemai rizikai pagal genetinius tyrimus pirmenybė skiriama HT;
- Metastatinės ligos medikamentinis gydymas:
  - Didelė svarba:
    - ankstyva ChT, HT, taikinių terapija, IT;
    - visceralinė krizė;
    - klinikinių tyrimų metu skirto gydymo tęsimas.
  - Vidutinė svarba:
    - 2-os, 3-čios ir tolimesnių eilių gydymas, kai gydymas kliniškai naudingas.
  - Maža svarba:
    - zolendroninės r. ar denosumabo skyrimas.

### Spindulinis gydymas:

- Didelė svarba:
  - kraujavimo ar neoperabilių darinių paliatyvus gydymas, kai simptomų kontrolė nepasiekama vaistais;
  - gydomi pacientai;

- ūmi nugaros smegenų kompresija, smegenų MTS ar kita skubi paliatyvi ST;
- didelės rizikos pacientų pooperacinė ST.
- Vidutinė svarba:
  - žemos ir vidutinės rizikos pacientų pooperacinė ST. Svarstyti hipofrakcionuotų režimų skyrimą, laukiant gydymo galima skirti HT.
- Maža svarba:
  - vyresniems žemos rizikos pacientams laukiant ST skirti HT;
  - karcinoma in situ.

Rekomendacijos parengtos pagal [14].

## 2. Plaučių vėžys (PLV)

### Ambulatoriniai vizitai:

- Didelė svarba:
  - II-III st. PLV įtarimas;
  - gydymo paskyrimo vizitai.
- Vidutinė svarba:
  - I st. PLV įtarimas;
  - pooperaciniai pacientai be komplikacijų;
  - didelės rizikos pacientų stebėseną;
  - gydomi pacientai su naujais simptomais.
- Maža svarba:
  - ilgalaikė stebėseną;
  - žemos/vidutinės atkryčio rizikos stebėsenos vizitai;
  - psichologinės pagalbos vizitai.

### Diagnostiniai tyrimai:

- Didelė svarba:
  - pacientai su reikšmingais respiraciniais simptomais ir/ar kiti su kliniškai reikšmingais vėžio ar su gydymu susijusiais simptomais;
  - įtariamo II - IV ar nežinomos stadijos PLV stadijavimas;
  - įtariamo II - IV ar nežinomos stadijos PLV biopsijos;
  - gydymo atsako vertinimas per pirmus 6 mėn. ar bet kada įtariant progresavimą;
  - klinikinių tyrimų protokoluose numatytas ištyrimas.
- Vidutinė svarba:
  - aukštos ir vidutinės atkryčio rizikos stebėjimo tyrimai 1 m. po radikalaus gydymo;
  - I st. PLV standartinis ištyrimas;

- įtariamo I/II ar nežinomos st. PLV biopsijos;
- pacientų, kuriems gydymo metu atsirado naujų simptomų, ištyrimas;
- aktyvaus gydymo atsako vertinimas po 6 mėn., kai situacija stabili;
- tolimesnis atsitiktinai rastų židinių stebėjimas kai: 50-500mm<sup>3</sup> solidinis mazgas, prie pleuros prisitvirtinęs 5-10mm solidinis mazgas; ≥8 mm dalinai solidinis mazgas su ne solidiniu komponentu; žinomas tūrio dvigubėjimo laikas 400-600d.
- Maža svarba:
  - aukštos ir vidutinės atkryčio rizikos stebėjimo tyrimai >1m. po radikalaus gydymo baigimo;
  - žemos atkryčio rizikos pacientų stebėjimas po radikalaus gydymo;
  - tolimesnis atsitiktinai rastų židinių stebėjimas kai: <50mm<sup>3</sup> solidinis mazgas; prie pleuros prisitvirtinęs <5mm solidinis mazgas, <8 mm dalinai solidinis mazgas su ne solidiniu komponentu; <8mm ne solidinis mazgas; gerybinė morfologija, žinomas tūrio dvigubėjimo laikas > 600d;
  - PLV patikros programos.

### Chirurginis gydymas

- Didelė svarba:
  - drenažo ar pleurodezės poreikio rizika dėl skysčio pleuros ertmėje, tamponados rizika dėl skysčio perikarde;
  - absceso ar empiemos evakuacija;
  - negydyti ar po indukcinės ChT T2N0 navikai;
  - negydyti ar po indukcinės ChT rezektabilūs T3/T4 navikai;
  - negydyti ar po indukcinės ChT rezektabilūs N1/N2 navikai;
  - diagnostinės procedūros.
- Vidutinė svarba:
  - galimai piktybinių darinių biopsijos;
  - rezektabilūs NSPV T1AN0 navikai (galima alternatyva – stereotaktinė ST);
  - darinių diagnostinis ištyrimas ar rezekcijos kai yra: >500mm<sup>3</sup> solidinis mazgas, prie pleuros prisitvirtinęs >10mm solidinis mazgas, dalinai solidinis darinys su >500mm<sup>3</sup> solidiniu komponentu, žinomas tūrio dvigubėjimo laikas <400d, naujas solidinis darinys prie buvusio ne solidinio darinio (jei chirurginis gydymas indikuotinas bet negalimas dėl resursų trūkumo, galima alternatyva - stereo ST).
- Maža svarba:
  - galimai gerybinių darinių biopsijos;
  - operabilūs matinio stiklo vaizdo (T1A) mazgai;
  - darinių diagnostinis ištyrimas ar rezekcija kai yra >500mm<sup>3</sup> solidinis darinys arba žinomas tūrio dvigubėjimo laikas >600d. (jei chirurginis gydymas indikuotinas, bet negalimas dėl resursų trūkumo, galima alternatyva - stereo ST).

## Medikamentinis gydymas

- Ankstyvų stadijų medikamentinis gydymas:
  - Didelė svarba:
    - I-II st. SLPV suderinta Ch/ST;
    - II st. neoadj. ChT;
    - jaunų ir geros būklės T3/4 ar N2 ligos pacientų adj. ChT;
    - GKSF skyrimas, esant didesniai nei 10-15 proc. febrilios neutropenijos rizikai.
  - Vidutinė svarba:
    - T2b-T3N0 ar N1 ligos adj. medikamentinis priešvėžinis gydymas;
    - stebėjimas tarp 2 ciklų atliekamas nuotoliniu būdu esant būtinybei;
    - kraujo tyrimai tarp 2 ciklų atliekami esant būtinybei ir, jei įmanoma, pagal gyvenamą vietą.
  - Maža svarba:
    - T1A-T2BN0 ligos su blogos prognozės faktoriais adj. medikamentinis priešvėžinis gydymas (rizika-nauda aptariama individualiai);
    - >70m amžiaus ir reikšmingų gretutinių susirgimų turinčių pacientų adj. medikamentinis priešvėžinis gydymas gali būti atidėtas.
- Lokaliai išplitusios ligos medikamentinis gydymas:
  - Didelė svarba:
    - III st. SLPV suderintas Ch/ST;
    - III st. neoperabilus NSLPV pacientų suderintas ar nuoseklus Ch/ST;
    - III st. neoadj. ChT;
    - GKSF skyrimas, esant didesniai nei 10-15 proc. febrilios neutropenijos rizikai.
  - Vidutinė svarba:
    - stebėjimas tarp 2 ciklų esant būtinybei nuotoliniu būdu;
    - kraujo tyrimai tarp 2 ciklų atliekami esant būtinybei ir, jei įmanoma, pagal gyvenamą vietą.
- Metastazavusios ligos medikamentinis gydymas:
  - Didelė svarba:
    - 1-os eilės metastazavusio PLV priešvėžinis medikamentinis gydymas siekiant pagerinti prognozę, gyvenimo kokybę ar sumažinti simptomus;
    - simptominio ar progresuojančio PLV 2-os eilės medikamentinis priešvėžinis gydymas.
  - Vidutinė svarba:
    - asimptominių pacientų 2-os ir vėlesnių eilių priešvėžinis medikamentinis gydymas;
    - kai įmanoma svarstyti intraveninės ChT keitimą į peroralinę;
    - sekimas tarp 2 ciklų gali būti atliekamas nuotoliniu būdu esant būtinybei;
    - kraujo tyrimai tarp 2 ciklų atliekami esant būtinybei ir, jei įmanoma, pagal gyvenamą vietą;
    - 12/18 mėn. gaunantiems IT galima svarstyti kito ciklo atidėjimą.

- Maža svarba:
  - galima svarstysi 2 m.trunkančios IT nutraukimą;
  - jei IT nutraukta dėl toksiškumo, vartojimo atnaujinimą galima atidėti;
  - galima atidėti antirezorbinių preparatų skyrimą esant asimptominėms kaulinėms metastazėms.

#### Spindulinis gydymas:

- Didelė svarba:
  - neoperabilus II-III st. vėžys su kontraindikacijomis ChT;
  - neoperabilus II-III st. NSLPV sutaptinis/nuoseklus Ch/ST;
  - neišplitusio SLPV sutaptinis/nuoseklus Ch/ST;
  - viršutinės tuščiosios venos kompresija, gausus kraujo atkosėjimas, nugaros smegenų kompresija, kaulų skausmai ar kita paliatyvi ST.
- Vidutinė svarba:
  - I st. stereo ST;
  - pooperacinė ST po R1 rezekcijos;
  - neišplitusios st. SLPV profilaktinis galvos smegenų švitinimas po ChT.
- Maža svarba:
  - N2 R0 NSLPV pooperacinė ST gali būti. skiriama po adj. ChT arba iki 3 mėn. po operacijos;
  - išplitusios st. SLPV profilaktinis galvos smegenų švitinimas po ChT gali būti pakeistas stebėjimu atliekant magnetinio rezonanso tyrimą;
  - analgetikais valdomas skausmas dėl MTS kauluose.

Rekomendacijos parengtos pagal [15].

### 3. Pirminiai CNS navikai

#### Ambulatoriniai vizitai:

- Didelė svarba:
  - naujai diagnozuoti smegenų navikai;
  - nauji simptomai rodantys naviko ar gydymo komplikacijas;
  - kliniškai ar radiologiškai įtariamą recidyvą;
  - intraveninis ar intratekalinis priešvėžinis gydymas;
  - pooperacinių žaizdų gijimo problemos
- Vidutinė svarba:
  - žinomų pacientų būklės ar tyrimų vertinimo vizitai gydymo metu ar esant būklės pablogėjimui;
  - gydymo skyrimo vizitai;
  - pooperaciniai pacientai, kuriems reikia tolimesnio gydymo;
- Maža svarba:

- žinomų pacientų būklės ar tyrimų vertinimo vizitai ne gydymo metu ar esant stabiliai būklei;
- palaikomojo gydymo pacientų vizitai;
- psichologinės pagalbos vizitai;
- ilgalaikės stebėsenos vizitai;
- antros nuomonės vizitai.

#### Diagnostiniai tyrimai:

- Didelė svarba:
  - naujai atsiradę simptomai ar jų pablogėjimas.
- Vidutinė svarba:
  - gydomų pacientų stebėjimas esant naujiems simptomams.
- Maža svarba:
  - stebėjimas kai nėra naujų simptomų.

#### Chirurginis gydymas

- Didelė svarba:
  - reikalinga skubi dekompresija;
  - radikali rezekcija įtariant piktybinį naviką;
  - diagnostinės biopsijos įtariant pirminę CNS limfomą.
- Vidutinė svarba:
  - stabilios būklės pacientų kontrastinių medžiagų nekaupiančių pirminių navikų rezekcijos/biopsijos;
  - žemo laipsnio (pagal PSO) gliomų recidyvų pakartotinės rezekcijos;
- Maža svarba:
  - recidyvavusių gliomų dalinės rezekcijos.

#### Medikamentinis gydymas:

- Didelė svarba:
  - naujai diagnozuotų pirminių CNS limfomų didelių dozių ChT;
  - ChT skyrimas glioblastomos, anaplastinės astrocitomos ar anaplastinės oligodendrogliomos gydymui;
  - recidyvavusių gliomų su MGMT promotoriaus metiliniu ChT.
- Vidutinė svarba:
  - temozolomidas kartu su ST naujai diagnozuotai glioblastomai be MGMT promotoriaus metilinio;
  - sisteminis progresuojančių smegenų auglių gydymas be verifikacijos, pvz. meningioma ar ependimoma suaugusiems;
  - alkilinti ChT po ST sergant II laipsnio pagal PSO astrocitoma su IDH mutacija;
  - Adj. ChT po ST suaugusiųjų meduloblastomos gydymui.
- Maža svarba:

- Alkilinanti ChT pacientams, sergantiems pasikartojančiomis gliomomis, be MGMT promotoriaus metilinimo, pacientams, kuriems glioma atsinaujino antrą kartą ar dažniau, ir pacientams, kurių fizinis aktyvumas sumažėjęs arba yra vyresnio amžiaus.

#### Spindulinis gydymas:

- Didelė svarba:
  - naujai diagnozuotos glioblastomos ST, IDH laukinis tipas;
  - žemesnio laipsnio gliomų ST, kai nustatyta IDH mutacija;
  - suaugusiųjų meduloblastomos ST.
- Vidutinė svarba:
  - IDH mutuočių žemo laipsnio gliomų ST.
- Maža svarba:
  - Pakartotinė ST.

Pastaba: Rekomendacijos parengtos pagal [16].

## 4. Storosios žarnos vėžys

#### Ambulatoriniai vizitai:

- Didelė svarba:
  - ūminiai pacientai (ūminis pilvo skausmas, žarnų nepraeinamumas, ascitas, komplikacijos po chirurginio gydymo ir pan.);
  - nauji pacientai su simptomais (ascitas, viduriavimas, žarnų nepraeinamumas).
- Vidutinė svarba:
  - nauji pacientai be simptomų;
  - simptomų neturintys nauji pacientai po chirurginio gydymo;
  - su ChT ar ST susiję sunkios šalutinės reakcijos;
  - gydomi pacientai su naujais simptomais.
- Maža svarba:
  - antros nuomonės vizitai;
  - stebėsenos vizitai;
  - restadijavimas.

#### Diagnostiniai tyrimai:

- Didelė svarba:
  - radiologinis komplikacijų patvirtinimas.
- Vidutinė svarba:
  - kliniškai įtariamo storosios žarnos vėžio vaizdinimo tyrimai;

- aukštos rizikos pacientų (šeiminis storosios žarnos vėžys šeimoje) vaizdinimo tyrimai.
- Maža svarba:
  - stebėsenos vizitai;
  - restadijavimas.

### Chirurginis gydymas

- Didelė svarba:
  - naujiems pacientams radiologiškai patvirtintas žarnų nepraeinamumas; žarnų perforacija, peritonitas;
  - masyvus virškinamojo trakto kraujavimas;
  - pooperacinės komplikacijos;
  - kaulų lūžiai su stuburo kanalo spaudimu.
- Vidutinė svarba:
  - I-III klinikinė gaubtinės žarnos vėžio stadija;
  - I klinikinė tiesiosios žarnos stadija;
  - II-III klinikinė tiesiosios žarnos vėžio stadija po neoadj. gydymo;
  - metastazių rezekcija, kai nustatyta oligometastatinė liga.
- Maža svarba:
  - ankstyvos stadijos tiesiosios žarnos vėžio pilnas radiologinis atsakas po ST;
  - profilaktinis chirurginis gydymas (genetinis sindromas - FAP, Lynch);
  - metastazių biopsijos.

### Medikamentinis gydymas

- Ankstyvų stadijų medikamentinis gydymas:
  - Didelė svarba:
    - sunkios gydymo komplikacijos reikalaujančios hospitalizacijos.
  - Vidutinė svarba:
    - Gaubtinės žarnos vėžys:
      - aukštos rizikos II st. pacientų adj. gydymas;
      - III st adj. gyd;
    - Tiesiosios žarnos vėžys:
      - II ir III st. adj/neoadj. gydymas
      - klinikinių tyrimų tęsimas.
  - Maža svarba:
    - kassavaitiniai kraujo tyrimai (nebent būklė reikalauja kitaip);
    - radiologinis įvertinimas.
- Metastazavusios ligos medikamentinis gydymas:
  - Didelė svarba:
    - sunkios gydymo komplikacijos reikalaujančios hospitalizacijos
  - Vidutinė svarba:



- 1-os eilės gydymas (kai ECOG 0-2) siekiant sumažinti simptomus arba sumažinti naviką ir taikyti chirurginį gydymą, arba esant greitam progresavimui po adj. gydymo;
- 2-os eilės gydymas kai ECOG 0-2;
- klinikinių tyrimų tęsimas.
- Maža svarba:
  - atidėti gydymą, kai tikimasi menko efekto, ECOG 3, nustatytos sunkios komplikacijos, liga progresuoja lėtai.

#### Spindulinis gydymas:

- Didelė svarba:
  - sunkios komplikacijos dėl ligos progresavimo.
- Vidutinė svarba:
  - neoadj. ir adj. II-III stadijos teisingos žarnos vėžio gydymas;
  - oligometastatinės ligos ST, kai sisteminis gydymas kontraindikuotinas;
- Maža svarba:
  - liga progresuoja lėtai, mažo piktybiškumo navikai, nežymus ST efektas.

Rekomendacijos parengtos pagal [17].

## 5. Prostatos vėžys

#### Ambulatoriniai vizitai:

- Didelė svarba:
  - simptomų turinčių pacientų pirmasis vizitas arba pacientai su didelės apimties metastatine liga;
  - nauji pacientai su agresyvia metastatine liga ar smulkių ląstelių prostatos vėžiu;
  - pacientai su sunkiais gydymo šalutiniais reiškiniais.
- Vidutinė svarba:
  - simptominių pacientų sisteminio gydymo pradžia;
  - mažos apimties metastatinė liga;
  - asimptominiai pacientai su radiologiškai įtariamą ligos atkryčiu.
- Maža svarba:
  - pacientai, kuriems skiriama ADT ar kita taikinių terapija;
  - aktyvios stebėsenos vizitai.

#### Diagnostiniai tyrimai:

- Didelė svarba:
  - ūminiai simptomai (neurologiniai, kraujavimas, lūžiai, trombozė), kuriems reikia skubaus radiologinio ištyrimo.

- Vidutinė svarba:
  - tyrimai, kurie reikalingi gydymo pakeitimui, ar turi reikšmės ligos valdymui.
- Maža svarba:
  - kliniškai stabilių pacientų ištyrimas.

#### Chirurginis gydymas:

- dauguma prostatektomijų gali būti atidėtos;
- didelės rizikos pacientams svarstyti ST vietoje chirurginio gydymo.

#### Metastazavusios ligos medikamentinis gydymas:

- Didelė svarba:
  - ADT pradėjimas esant progresuojančiam, lokaliai pažengusiam simptominiams ar metastazavusiam HJPV;
  - metastazavusio KAPV pirmos eilės simptominis gydymas kartu su ADT, kai gydymo pradžios atidėjimas greičiausiai turės įtakos bendram išgyvenamumui;
  - ChT (docetakseliu arba kabazitakseliu) greitai progresuojantiems / simptominiams pacientams, kurie nėra jautrūs androgenų receptorių veikiantiems preparatams, bet gali gerai reaguoti į skiriamą gydymą. Kartu su ChT rekomenduojamas profilaktinis GKSF skyrimas.
- Vidutinė svarba:
  - Į androgenų receptorių nukreipto agento pridėjimas prie ADT esant metastazavusiam HJPV;
  - lėtai progresuojanti pirmos eilės kastracijai atspari metastazavusi/pasikartojanti liga;
  - androgenų receptorių veikiantys preparatai nemetastazavusiam KAPV.
- Maža svarba:
  - gydymo pakeitimas arba sisteminio gydymo pradėjimas skiriant vėlyvas metastazavusios ligos gydymo eiles asimptomiškiems pacientams, kurių PSA didėja lėtai arba vaizdų progresavimas yra minimalus.

#### Spindulinis gydymas:

- Didelė svarba:
  - hipofrakcionuota ST.
- Maža svarba:
  - pratęsti neoadj. ADT skyrimą, kol bus galima skirti ST.

Rekomendacijos parengtos pagal [18] ir [19].

## 6. Gimdos kaklelio vėžys (GKV)

### Ambulatoriniai vizitai:

- Didelė svarba:
  - potencialiai nestabilūs pacientai (ūminiai pilvo simptomai, komplikacijos po chirurginio gydymo ar ST, inkstų obstrukcija);
  - besitęsiantis kraujavimas iš dubens/makšties tumoro;
  - anurija, giliųjų venų trombozės simptomai, sergantiems patvirtintu GKV;
  - naujų histologiškai patvirtintų pacientų ištyrimas.
- Vidutinė svarba:
  - pooperaciniai pacientai be komplikacijų;
  - pacientai gydymo metu atsiradusiais naujais simptomais;
  - stebėseną po paliatyvaus gydymo.
- Maža svarba:
  - stebėseną po radikalaus gydymo dėl ankstyvos stadijos GKV;
  - ilgalaikės stebėsenos vizitai.

### Diagnostiniai tyrimai:

- Didelė svarba:
  - žarnų perforacija, peritonitas;
  - pooperacinės komplikacijos; šlapimtakių kompresija ar hidronefrozė;
  - neurologiniai simptomai, rodantys nervų šaknelių ar stuburo pažeidimą;
  - stadijavimas.
- Vidutinė svarba:
  - Ištyrimas, įtariant progresavimą po ankstyvų stadijų radikalaus gydymo;
  - stebėseną po paliatyviojo gydymo;
  - klinikiniuose tyrimuose dalyvaujančių pacientų stebėseną.
- Maža svarba:
  - stebėseną.

### Chirurginis gydymas

- Didelė svarba:
  - radiologiškai patvirtinta žarnų perforacija, peritonitas;
  - komplikacijos po ST dėl progresavimo dubenyje;
  - ūminės pooperacinės komplikacijos.
- Vidutinė svarba:
  - radikali histerektomija IA2, IB1-IIA st.
- Maža svarba:
  - fistulės be simptomų;
  - CIN3 konizacija;
  - lėtai augančio recidyvo rezekcija.

### Medikamentinis gydymas

- Didelė svarba:
  - medikamentinio gydymo tęsimas dalyvaujant klinikiniuose tyrimuose;
  - IB3, IIB-IVA st. Ch/ST gydymas;
  - IVB st. 1- os eilės gydymas.
- Vidutinė svarba:
  - ChT tęsimas.
- Maža svarba:
  - 2-os eilės chemoterapija.

#### Spindulinis gydymas:

- Didelė svarba:
  - IB, IIB-IVA st. Ch/ST gydymas;
  - stuburo smegenų kompresija, CNS MTS, kiti kritiniai metastazių sukelti pažeidimai.
- Vidutinė svarba:
  - simptomus sukeliančio recidyvo gelbstinti ST.
- Maža svarba:
  - besimptomų recidyvų paliatyvi ST, kai negalimas chirurginis gydymas.

Rekomendacijos parengtos pagal [20]

## 7. Galvos-kaklo vėžys

#### Ambulatoriniai vizitai:

- Didelė svarba:
  - nauja vėžio diagnozė;
  - ūminės šalutinės reakcijos gydymo metu;
  - pooperaciniai pacientai su komplikacijomis;
  - ilgalaikės stebėsenos pacientai su naujais simptomais ar recidyvo požymiais.
- Vidutinė svarba:
  - ilgalaikės stebėsenos pacientai su lėtinėmis šalutinėmis reakcijomis;
  - pooperaciniai ar baigę Ch/ST gydymą pacientai be komplikacijų;
  - psichologinės pagalbos vizitai;
  - ilgalaikio stebėjimo pirmi 2m.
- Maža svarba:
  - ilgalaikis stebėjimas po 2m, kai nėra nusiskundimų;
  - vizitai tarp gydymo kursų ar paliatyvaus sisteminio gydymo metu.

#### Chirurginis gydymas

- Didelė svarba:

- gerklos-gerklaryklė: cT3-cT4, visi cTN+, rT3-rT4, visi rTN+, visi pacientai su nestabiliais kvėpavimo takais (dusulys, rijimo sutrikimas, skausmingas rijimas, kraujavimo rizika);
- burnos ertmė-burnaryklė: cT2-cT4, visi cTN+, visi pacientai su nestabiliais kvėpavimo takais (dusulys, rijimo sutrikimas, skausmingas rijimas, kraujavimo rizika);
- prienosiniai ančiai: cT2-cT4, visi cTN+, visi esant dvejinimuisi, veido deformacijai, odos išopėjimui, kraujavimui;
- skydliaukė: cT4, visi cT su dideliais N+, agresyvūs histologiniai tipai;
- seilių liaukos: cT3-sT4, visi cTN+, agresyvūs histologiniai tipai;
- galvos kaklo oda: plokščialąstelinė karcinoma cT3-cT4 ir visi cTN+;
- G2-3 minkštųjų audinių ir kaulų sarkomos;
- vaikų navikai
- Vidutinė svarba:
  - gerklos-gerklaryklė: cT1-cT2;
  - burnos ertmė-burnaryklė: cT1;
  - prienosiniai ančiai: cT1;
  - skydliaukė: cT2-cT3, ir nedideli N+;
  - seilių liaukos: cT1-sT2;
  - galvos kaklo oda: plokščialąstelinė karcinoma cT1-cT2 ir didelės bazoląstelinės karcinomos;
  - G1 minkštųjų audinių ir kaulų sarkomos.
- Maža svarba:
  - skydliaukė: cT1, TIR 3A, TIR 3B;
  - galvos kaklo oda: mažos bazoląstelinės karcinomos.

#### Pirminis ne chirurginis ir pooperacinis gydymas:

- Didelė svarba:
  - Galutinė (chemo) ST burnos ir ryklės karcinomai, neatsižvelgiant į – žmogaus papilomos viruso būklę, ir pažengusiai hipofaringinei ar gerklų karcinomai;
  - Gydymo tęsimas atliekant klinikinius tyrimus, jei nauda pacientui yra didesnė už riziką, galima pritaikyti procedūras nepažeidžiant pacientų saugumo ir tyrimo eigos.
- Vidutinė svarba:
  - pooperacinė (chemo) ST, skiriama dėl plokščialąstelių karcinomų, sarkomų ar agresyvios histologijos seilių liaukų navikų neradikalios rezekcijos/teigiamų kraštų ar nustatytus ekstrakapsulinį išplitimą;
  - galutinė ankstyvojo glotinio vėžio (cT1-cT2 N0) ST;
  - simptominis paliatyvus gydymas.
- Maža svarba:
  - adj. ST esant nedideliems rizikos veiksniams;

- bazoląstelinės karcinomos;
- paliatyvus gydymas nesant simptomų.
- Bendros rekomendacijos:
  - dėl radikalaus gydymo skyrimo visada sprendžiama MDK metu;
  - radikali ST neturėtų būti atidėta ilgesniam nei 4-6 savaitių laikotarpiui;
  - nebūtina keisti frakcionavimą, nebent ST taikymo galimybės yra ribotos;
  - vidutiniškai hipofrakcionuotus režimus apsvarstykite, tik esant labai mažiems resursams (2,2–3 Gy frakcijomis);
  - siekiant išsaugoti organus, siekiant apriboti bendrą gydymo laiką ir su ChT susijusią imunosupresiją, pirmenybė turėtų būti teikiama kartu taikomai ChT, o ne indukciniai ChT, po kurios seka (chemo) ST;
  - norint sumažinti apsilankymų pas gydytoją skaičių, pirmenybė turėtų būti teikiama didelėms trijų savaitių cisplatinos dozėms, o ne mažoms savaitinėms cisplatinos dozėms;
  - apsvarstykite galimybę praleisti ChT tik esant labai mažiems resursams.
  - apsvarstykite galimybę kassavaitines pacientų apžiūras pakeisti nuotolinėmis konsultacijomis.

#### Recidyvavusios ar metastazavusios ligos medikamentinis gydymas:

- Didelė svarba:
  - Gydymo tęsimas atliekant klinikinius tyrimus, jei nauda pacientui yra didesnė už riziką, galimas procedūrų pritaikymas nepažeidžiant pacientų saugumo ir tyrimo eigos;
  - ankstyvas sisteminio gydymo pradėjimas pacientams, kuriems yra greita ligos eiga, didelis navikas ir (arba) simptomai.
- Vidutinė svarba:
  - sisteminio gydymo pradžia pacientams, kuriems yra mažiau agresyvios ligos požymių.
- Maža svarba:
  - monoterapija (pvz., su imuninės sistemos *checkpoint* inhibitoriais) blogesnės būklės pacientams.

#### Recidyvavusios ar metastazavusios ligos simptominis gydymas ir gyvenimo pabaigos priežiūra:

- Didelė svarba:
  - tracheotomija esant viršutinių kvėpavimo takų obstrukcijai/stridorui;
  - grėsmingas pažeidimas, pvz. lūžių ar kraujavimo rizika;
  - ūminė nugaros smegenų kompresija.
- Vidutinė svarba:
  - simptominių metastazių ST (atsižvelgiant į simptomus ir radioterapijos išteklių prieinamumą): pvz. kraujavimas, viršutinės tuščiosios venos sindromas.
- Maža svarba:
  - Besimptominių ir nekeliančių grėsmės MTS ST;

- MTS vietinis abliacinis gydymas (chirurginis gydymas/stereo ST) esant oligometastatinei ligai.

Rekomendacijos parengtos pagal [21].

## 8. Melanoma

### Ambulatoriniai vizitai:

- Didelė svarba:
  - naujai diagnozuota pirminė invazinė melanoma, nebent navikas Tis ar T1a ir atlikta plati ekscizija;
  - pooperaciniai pacientai su komplikacijomis;
  - pacientai su naujais simptomais atsiradusiais gydymo metu.
- Vidutinė svarba:
  - pooperaciniai pacientai be komplikacijų;
  - pacientų vizitai tarp gydymų skiriant IT.
- Maža svarba:
  - stebėseną kai gydymas neskirtas ar ilgalaikė stebėseną;
  - pacientai su displastiniais apgamais;
  - psichologinės pagalbos vizitai.

### Chirurginis gydymas

- Didelė svarba:
  - III st. melanomos radikali rezekcija;
  - pooperacinių komplikacijų chirurginis gydymas;
  - suplanuotas chirurginis gydymas pacientams gaunantiems neoadj. gydymas klinikinių tyrimų metu.
- Vidutinė svarba:
  - T1b ar aukštesnės stadijos invazinės melanomos plati ekscizija su sarginio limfmazgio biopsija;
  - T1a ar žemesnės stadijos melanomos plati ekscizija;
  - oligometastatinės ligos rezekcija.

### Medikamentinis gydymas

- III stadijos adjuvantinis medikamentinis gydymas:
  - Didelė svarba:
    - klinikinių tyrimų metu skiriamo gydymo tęsimas.
  - Vidutinė svarba:
    - III st. aukštos rizikos pacientų adj. taikinių terapija ar IT;
  - Maža svarba:

- Adj. gydymas, kai nustatyta IIIA st arba MTS sarginiame limfmazgyje <1mm.
- Neoperabilios III/IV st. melanomos medikamentinis gydymas:
  - Didelė svarba:
    - III ar IV st. pacientų adj. taikinių terapija ar IT;
    - klinikinių tyrimų metu skiriamo gydymo tęsimas.

#### Spindulinis gydymas:

- Didelė svarba:
  - stereo ST dėl CNS MTS;
  - grėsmingi pažeidimai, pvz.: kaulų lūžių ar kraujavimo rizika;
  - ūminė nugaros smegenų kompresija.
- Vidutinė svarba:
  - simptominių MTS ST.
- Maža svarba:
  - Adj. ST po radiklios limfonodektomijos siekiant lokalią kontrolę;
  - besimptominių ar nepavojančių MTS ST.

Rekomendacijos parengtos pagal [22]

## 9. Sarkomos

#### Ambulatoriniai vizitai:

- Didelė svarba:
  - sarkomos įtariamas ar naujai diagnozuota G2/G3 sarkoma;
  - komplikacijos po chirurginio gydymo;
  - ligos atkrytis;
  - pažengusių sarkomų sisteminio gydymo pradėjimas;
  - vizitai dėl gydymo paskyrimo ar šalutinių reiškinių valdymo.
- Vidutinė svarba:
  - naujai diagnozuota žemo laipsnio sarkoma;
  - operabili metastatinė sarkoma (pvz. 1 MTS plaučiuose);
  - pooperaciniai pacientai be komplikacijų;
  - stebėjimas įtariant atkrytį ar esant didelei atkryčio rizikai.
- Maža svarba:
  - asimptominis naujai diagnozuotas vidutinio piktybiškumo mezenchiminis navikas (pvz. atipinis lipomatozinis galūnės ar kūno navikas, klasikinė iškilioji dermatofibrosarkoma, desmoidinis navikas);
  - besimptomis labai mažos rizikos virškinimo trakto stromos navikas, kaip apibrėžta galiojančiose gairėse;
  - psichologinės pagalbos vizitai (pereinama į telemediciną).



## Diagnostiniai tyrimai:

### ○ Didelė svarba:

- aktyvaus gydymo atsako stebėjimas: restadijavimo tyrimai (MRT, KT) – apsvarstykite galimybę atidėti arba pailginti intervalus.

### Pirminiai navikai:

- diagnostinis vaizdinimas (pažeistos vietos MRT/KT, viso kūno KT) tiriamiesiems, kuriems įtariama sarkoma (nepaaiškinamas minkštųjų audinių darinys arba paviršinis minkštųjų audinių pažeidimas, kurio skersmuo >5 cm; bet koks įtariamas piktybinis kaulų pažeidimas; bet koks įtariamas virškinimo trakto minkštųjų audinių navikas);
- biopsija ir patologijos įvertinimas diagnozei patvirtinti.

### Recidyvavę navikai:

- diagnostinis vaizdinimas (MRT, viso kūno KT) tiriamiesiems, kuriems yra klinikinių požymių / įtariamas lokoregioninis ir (arba) metastazinis atkrytis;
- biopsija, siekiant atmesti MTS;
- echokardiograma pacientams, kuriems yra antraciklinų terapijos indikacijų.

### ○ Maža svarba:

- pirminių, visiškai pašalintų sarkomų stebėjimas: vaizdiniai tyrimai, restadijavimas, echokardiogramos ir EKG gali būti atidėtos arba atliekamos ilgesniais intervalais – pasitelkti telemediciną;
- tinkamai kontroliuojamos atkryčio sarkomos stebėjimas pasibaigus priešvėžiniam gydymui: vaizdiniai tyrimai, restadijavimas, echokardiogramos ir EKG – pasitelkti telemediciną.

### Pirminiai navikai:

- besimptomis bet kokio dydžio galūnių ar kūno sienelės riebalinis navikas;
- paviršiniai minkštųjų audinių navikai <5 cm;
- pogleiviniai smulkūs skrandžio mazgeliai;
- kaulų pažeidimai be aiškių piktybinių navikų požymių.

## Chirurginis gydymas

### ○ Didelė svarba:

- pirminės lokalizuotos rezekuojamos didelės rizikos minkštųjų audinių sarkomos chirurginis gydymas – po MDK apsvarstykite galimybę pradėti neoadj./priešoperacinę ST, kaip apibrėžta galiojančiose gairėse;
- recidyvavusi didelės rizikos sarkoma;
- didelės rizikos virškinimo trakto stromos navikas, kuriam netaikomas neoadj. imatinibas, ir bet kokio dydžio simptominis virškinimo trakto stromos navikas, kuriam netaikomas neoadj. imatinibas;

- Ewingo sarkoma/osteosarkoma/rabdomiosarkoma;
- bet kokios rūšies chirurginės komplikacijos.
- Vidutinė svarba:
  - pirminės lokalizuotos rezekuojamos vidutinės rizikos minkštųjų audinių sarkomos chirurginis gydymas – po MDK apsvastykite galimybę pradėti neoadj./priešoperacinę ST, kaip apibrėžta galiojančiose gairėse;
  - recidyvavusi vidutinės rizikos sarkoma;
  - vidutinis virškinimo trakto stromos navikas netinkamas neoadj. imatinibui;
  - visi kiti piktybiniai kaulų navikai;
  - izoliuotų MTS rezekcija sergant oligometastazine liga – galima būtų apsvastyti trumpą aktyvaus stebėjimo laikotarpį.
- Maža svarba:
  - pirminės lokalizuotos mažos rizikos sarkomos arba tarpinio piktybiškumo mezenchiminio naviko (t. y. netipinio lipomatozinio galūnių/kamieno sienelės naviko, klasikinės iškiliosios dermatofibrosarkomos) chirurginis gydymas;
  - recidyvavusi žemo laipsnio sarkoma arba tarpinio piktybiškumo mezenchiminis navikas;
  - besimptomis mažos rizikos virškinimo trakto stromos navikas bet kurioje vietoje ir labai mažos rizikos virškinimo trakto stromos navikas, kaip apibrėžta dabartinėse gairėse.

### Medikamentinis gydymas

- Pirminių navikų medikamentinis gydymas:
  - Didelė svarba:
    - osteosarkomų, Ewingo sarkomų, vaikų rabdomiosarkomų neoadj. ir adj ChT, kaip apibrėžta galiojančiose gairėse;
    - neoadj. ir adj imatinibas, skirtas pirminiam lokalizuotam didelės rizikos virškinimo trakto stromos navikui, kaip apibrėžta galiojančiose gairėse;
    - neoadj./citoredukcinei antraciklinų ChT lokaliai pažengusioms minkštųjų audinių sarkomoms, kai naviko sumažėjimas gali lemti chirurginę rezekciją;
    - gydymo tęsimas atliekant klinikinius tyrimus, jei nauda pacientui yra didesnė už riziką, galimai pritaikyti procedūras nedarant įtakos pacientų saugai ir tyrimo eigai.
- Metastazavusios ligos medikamentinis gydymas:
  - Didelė svarba:
    - imatinibo, sunitinibo, regorafenibo, pirmosios, antrosios, trečiosios eilės gydymo virškinimo trakto stromos navikų pacientams, kaip apibrėžta galiojančiose gairėse, pradžia;

- gydymo tęsimas atliekant klinikinius tyrimus, jei nauda pacientui viršija riziką, galimas procedūrų pritaikymas nedarant įtakos pacientų saugai ir tyrimo eigai.
- pirmos arba papildomos eilės gydymas pažengusiais ligos atvejais (ChT arba taikinių terapija), kai gydymas gali duoti klinikinės naudos ir turėti įtakos rezultatui, atsižvelgiant į histologinį potipį, kaip apibrėžta galiojančiose gairėse.
- Vidutinė svarba:
  - apsvaistykite, kiekvienu konkrečiu atveju, įtraukimą į klinikinius tyrimus, jei nauda pacientui yra didesnė už riziką, ir galimą procedūrų pritaikymą nepakenkiant paciento saugai ir tyrimo eigai.
- Maža svarba:
  - esant besimptomiams, oligosimptominiams ir indolentiniams navikams, sisteminis gydymas gali būti atidėtas, o naujas įvertinimas planuojamas per trumpą laiką;
  - Jei klinikiniai simptomai nepasireiškia, vaizdiniai tyrimai, restadijavimas, echokardiogramos ir EKG gali būti atidėtos arba atliekamos ilgesniais intervalais.

#### Spindulinis gydymas:

- Didelė svarba:
  - neoadj./adj. ST didelės/vidutinės rizikos minkštųjų audinių sarkomoms – reikėtų apsvaistyti hipofrakcionuotų režimų naudojimą, siekiant sumažinti apsilankymų ligoinėje skaičių;
  - pacientai, kuriems taikoma ST;
  - ūminė nugaros smegenų kompresija, simptominės CNS MTS arba bet kokia skubi paliatyvi ST;
  - paliatyvus kraujavimo/skausmingo neoperabilaus naviko gydymas, kai nepavyksta suvaldyti simptomų farmakologiškai.
- Vidutinė svarba:
  - neoadj./adj ST mažos rizikos minkštųjų audinių sarkomoms – reikėtų apsvaistyti galimybę naudoti hipofrakcionuotus režimus, kad būtų sumažintas apsilankymų ligoinėje skaičius;
  - izoliuotų MTS stereo ST – galima apsvaistyti trumpą aktyvaus stebėjimo laikotarpį.

Rekomendacijos parengtos pagal [23]

## 10. Inkstų vėžys

#### Ambulatoriniai vizitai:

- Didelė svarba:
  - pacientų su pažengusia liga pirmieji vizitai;
  - pacientai su reikšmingais šalutiniais reiškiniais;
  - pacientai su dideliu ar pavojingu dariniu inkste, kuris gali sukelti simptomus (skausmas, hematurija);
  - įtariama su vėžiu susijusi skubios pagalbos reikalaujanti situacija (naujas navikas, CNS MTS, nugaros smegenų kompresija).
- Vidutinė svarba:
  - palankios prognozės, pagal IMDC rizikos modelį, pacientai, kuriems reikia įvertinimo ar sisteminio gydymo;
  - pacientai, kuriems įvertinus atsaką ir užtikrinus gydymo toleravimą paskirta kraujagyslių endotelio augimo faktoriaus taikinių terapija;
  - po chirurginio gydymo stebimi pacientai;
  - chirurginio gydymo galimybės vertinimas sergant metastazavusia liga.
- Maža svarba:
  - >1m kraujagyslių endotelio augimo faktoriaus taikinių terapija gydomi pacientai, kurie gydymą toleruoja gerai;
  - po chirurginio gydymo stebimi pacientai;
  - metastazavusios ligos ilgalaikė stebėseną po atsako į gydymą.

#### Diagnostiniai tyrimai:

- Didelė svarba:
  - bet koks ūminis simptomas (neurologinis, kraujavimas, lūžis), kuriam reikia skubaus ištyrimo;
  - metastazavusios ligos ištyrimas prieš medikamentinį ar chirurginį gydymą;
  - tyrimai atliekami dėl galimai imuninės reakcijos sukeltų šalutinių reiškinų (pneumonitas, encefalitas, virškinimo trakto veiklos sutrikimai).
- Vidutinė svarba:
  - bet kokie tyrimai reikalingi keičiant gydymą.
- Maža svarba:
  - kliniškai stabilių pacientų ištyrimas restadijavimui;
  - ištyrimas pažengusios ligos ilgalaikio stebėjimo metu ir po chirurginio gydymo.

#### Chirurginis gydymas

- Didelė svarba:
  - cT3+ navikų nefrektomijos įskaitant pacientus su trombuotomis inkstų kraujagyslėmis.
- Vidutinė svarba:
  - suplanuotos dalinės cT1 navikų rezekcijos ar nefrektomijos turėtų būti atidedamos arba svarstomi galimi abliacijos metodai;

- suplanuotos cT2 navikų dalinės ar radiklios nefrektomijos turėtų būti atidedamos atsižvelgiant į amžių, gretutinius susirgimus, simptomus, naviko augimo greitį.

### Medikamentinis gydymas

- Išplitusios ligos medikamentinis gydymas:
  - Didelė svarba:
    - vidutinės ir blogos prognozės pagal IMDC pacientų su metatazavusia liga pirmos eilės gydymas;
    - simptominės progresuojančios ligos 2-os eilės gydymas.
  - Vidutinė svarba:
    - gydomų pacientų asimptominės progresuojančios ligos gydymo keitimas;
    - palankios rizikos pagal IMDC pacientų 1-os eilės gydymas;
    - gydymo tęsimas po daugiau nei 2 metų gydymo.
  - Maža svarba:
    - sisteminiam gydymui atsparios ligos gydymas.

### Spindulinis gydymas:

- Didelė svarba:
  - stereo ST dėl simptominių CNS MTS.

Rekomendacijos parengtos pagal [24]

## 11. Dauginė mieloma

### Jauni pacientai, kuriems indikuotina KKLТ:

- Didelė svarba:
 

Pacientai, kuriems diagnozuota aktyvi/didelės rizikos dauginė mieloma (SLIM – CRAB kriterijai):

  - gydymo atidėti negalima;
  - sprendimas dėl gydymo turi būti priimtas individualiai atsižvelgiant į stadiją, riziką, amžių, citogenetiką/FISH, gretutines ligas;
  - skirtinas GKSF siekiant minimizuoti neutropenijos riziką.
- Vidutinė svarba:
 

Pacientai kuriems tęsiamas pirmos eilės gydymas:

  - rekomenduojama atidėti KKLТ ir tęsti indukciją iki 6-8 blokų;
  - KKLТ recipientai turi būti patikrinti dėl užkrečiamos ligos;
  - standartinės rizikos pacientams rekomenduojama atidėti KKLТ skiriant papildomos indukcijos bloką arba lenolidomidą;
  - vertinant gydymo toksiškumą/toleranciją naudoti telemedicinos paslaugas;

- jei skiriama pakaitinė terapija IgG – rinktis kuo retesnę skyrimo būdą;
  - skirtinas GKSF siekiant minimizuoti neutropenijos riziką.
- Maža svarba:
- Pacientai kuriems pasiekta remisija (neskiriamas aktyvus gydymas):
- atidėti kontrolinius vizitus, naudotis telemedicinos paslaugomis kur įmanoma;
  - atidėti antirezorbicinę terapiją (zoledrono rūgštis, denozumabas) ir sumažinti vizitų skaičių;
  - skirtinas GKSF siekiant minimizuoti neutropenijos riziką.

Vyresnio amžiaus pacientai, kuriems naujai diagnozuota dauginė mieloma ir kontraindikuotina KKL:

- Didelė svarba:
- Pacientams, kuriems diagnozuota aktyvi/didelės rizikos dauginė mieloma (SLIM-CRAB kriterijai):
- gydymo atidėti negalima;
  - sprendimas dėl gydymo turi būti priimtas individualiai atsižvelgiant į stadiją, riziką, amžių, citogenetiką/FISH, gretutines ligas;
  - skirtinas GKSF siekiant minimizuoti neutropenijos riziką.
- Vidutinė svarba:
- Pacientai kuriems skiriamas palaikomasis gydymas:
- gavus atsaką į gydymą lenalidomidu ir deksametazonu, rekomenduojama nutraukti deksametazoną ir tęsti tik lenalidomidą;
  - teikti prioritetą peroraliniams vaistams;
  - skiriant intraveninius preparatus, rinktis retesnio skyrimo dažnio schemą;
  - kur įmanoma, naudotis telemedicinos paslaugomis;
  - mažinti deksametazono dozę iki  $\leq 20$  mg per savaitę;
  - skirtinas GKSF siekiant minimizuoti neutropenijos riziką.
- Maža svarba:
- Pacientams remisijoje tęsiantiems palaikomąjį gydymą arba kuriems aktyvus gydymas neskiriamas:
- atidėti kontrolinius vizitus, naudotis telemedicinos paslaugomis kur įmanoma;
  - atidėti antirezorbicinę terapiją (zoledrono rūgštis, denozumabas) ir ir/arba sumažinti jos skyrimo dažnį (pvz. 1 k. per 3 mėn.).

Dauginės mielomos recidyvas/atspari liga:

- Didelė svarba:
- Pacientams, kuriems diagnozuotas dauginės mielomos recidyvas (SLIM-CRAB kriterijai):
- gydymo atidėti negalima;

- sprendimas dėl gydymo turi būti priimtas individualiai atsižvelgiant į stadiją, riziką, amžių, citogenetiką/FISH, gretutines ligas;
- skirtinas GKSF siekiant minimizuoti neutropenijos riziką.
- Vidutinė svarba:  
Pacientai kuriems tęsiamas gydymas dėl dauginės mielomos recidyvo:
  - Gavus atsaką į gydymą lenalidomidu ir deksametazonu, rekomenduojama modifikuoti gydymą, renkantis kuo retesnę gydymo skyrimo schema:
    - skirti vaistus 1 k. per sav. vietoj 2 k. per sav. (pvz. karfilzomibą, bortezomibą);
    - teikti prioritetą peroraliniams vaistams (pvz. iksazomibui, lenalidomidui, pomalidomidui);
    - kuo greičiau pereiti prie daratumumabo skyrimo kartą per mėnesį.
- Maža svarba:  
Pacientams, kuriems po DM recidyvo gydymo pasiekta stabili remisija ir tęsiamas palaikomasis gydymas:
  - atidėti antirezorbcinę terapiją (zoledrono rūgštis, denozumabas) ir/arba sumažinti skyrimo dažnį (pvz. 1 k. per 3 mėn.).

#### Neaiškios reikšmės monokloninė gamapatija (MGUS) ir rusenanti dauginė mieloma (SMM):

- Vidutinė svarba:
  - rekomenduojama atidėti numatytus stebėsenos vizitus pacientams sergantiems didelės rizikos SMM;
  - sprendimas priimamas individualiai, atsižvelgiant į rizikos grupę;
  - rekomenduojama naudotis telemedicinos paslaugomis bei esant galimybei atlikti tyrimus pagal gyvenamą vietą.
- Maža svarba:
  - rekomenduojama atidėti stebėsenos vizitus pacientams sergantiems mažos rizikos SMM ar MGUS;
  - naudotis telemedicinos paslaugomis bei esant galimybei atlikti tyrimus pagal gyvenamą vietą.

## 12. Hodžkino limfoma

- Didelė svarba:

#### Lokali liga:

- aktyvus pacientų gydymas ir įtrauktų į klinikinius tyrimus pacientų gydymas turi būti tęsiamas;

- medikamentinis gydymas:
  - prioritetas mažesnę mielosupresiją sukeliančiam gydymui (pvz. ABVD);
  - telemedicinos paslaugos mažinant kontrolinių vizitų skaičių;
  - skirtinas GKSF siekiant minimizuoti neutropenijos riziką.
- aktyvus spindulinis gydymas.

Pažengusi liga:

- aktyvus pacientų gydymas ir įtrauktų į klinikinius tyrimus pacientų gydymas turi būti tęsiamas;
- medikamentinis gydymas:
  - prioritetas mažesnę mielosupresiją sukeliančiam gydymui (pvz. ABVD);
  - telemedicinos paslaugos mažinant kontrolinių vizitų skaičių.
  - skirtinas GKSF siekiant minimizuoti neutropenijos riziką.
- gydymo parinkimas remiantis atsako vertinimu atliekant PET tyrimą.

Ligos recidyvas:

- taikomas paliatyvus gydymas turi būti subalansuotas įvertinant COVID-19 infekcijos riziką;
- didelių dozių chemoterapija su autologine kraujodaros kamieninių ląstelių transplantacija;
- paliatyvus spindulinis gydymas.

○ Vidutinė svarba:

Lokali liga, pažengusi liga ar ligos recidyvas:

- Esant COVID-19 infekcijai, gydymas turi būti atidėtas iki pilno viruso pašalinimo, kai tik įmanoma.
- Gydomi pacientai, kuriems išsivysto besimptomė COVID-19 liga, turi būti atidžiai stebimi, o gydymo pristabdymas turi būti svarstomas individualiai.
- Jei pacientui išsivysto COVID-19 simptomai, gydymas turi būti sustabdytas.

### 13. Indolentinė B ne Hodžkino limfoma (folikulinė B ląstelių limfoma, Waldenstrom'o makroglobulinemija, marginalinės zonos limfoma)

○ Didelė svarba:

- išsivysčius gyvybei pavojingai situacijai (pvz. gyvybinių organų suspaudimas, CNS pažeidimas sergant Waldenstrom'o



makroglobulinemija) gydymo skubumo skyrimo indikacijos turi būti apsvarstytos atsižvelgiant į individualią situaciją:

- svarstyti chemoterapijos modifikaciją siekiant sumažinti imunosupresiją arba siekiant sumažinti klinikinių vizitų skaičių;
  - skirtinas GKSF siekiant minimizuoti neutropenijos riziką.
- aktyvus spindulinis gydymas.
- Vidutinė svarba:
    - esant pažengusiai indolentinei limfomai taikytina laukimo ir stebėsenos taktika:
      - gydymas remiantis standartiniais gydymo protokolais, kai gydyti būtina;
      - mažinant vizitų skaičių, rinktis mažesnę imunosupresiją sukeltantį gydymą;
      - jei pacientams išsivysto COVID-19 simptomai gydymas turėtų būti nutrauktas;
      - rezervinis gydymas (palaikomasis gydymas anti-CD20 monoklonais) pandemijos metu turi būti nutrauktas siekiant sumažinti ilgalaikės imunosupresijos riziką ir vizitų skaičių.
  - Maža svarba:
    - pacientus, kuriems nereikalingas skubus gydymas, tikslinga stebėti ir laukti.

## 2 Priedas

### **Medikamentinio gydymo skyrimo rekomendacijos pandemijos metu**

1. Esant aktyviai onkologinei ligai neinfekuotiems pacientams skiriami/tęsiami visi vėžio gydymo tipai ir rūšys (neoadjuvantinis, adjuvantinis ar metastazavusios ligos gydymas chemoterapija, taikinių terapija, imunoterapija, hormonoterapija), atsižvelgiant į onkologinės ligos stadiją, gydymo etapą, naviko biologiją, agresyvumą.
2. Prioritetine tvarka skiriamas gydymas, kuomet tikimasi gauti reikšmingą absoliučią išgyvenamumo naudą.
3. Jei yra taikomas paliatyvusis (esant metastazavusiai ligai) ar palaikomasis (esant remisijai) sisteminis medikamentinis priešvėžinis gydymas, jo tęsimo galimybė ir tikslingumas gali būti apsvaistytas kiekvienu konkrečiu atveju, įvertinus naudos ir rizikos santykį. Gali būti aptariamoms „terapijos atostogų“, „Stop and Go“, perėjimo prie geriamųjų vaistų, jei tokių yra, ar mažiau imunosupresyviai veikiančių (pvz.: chemoterapijos keitimas į hormonoterapiją ir pan.), trumpesnių režimų vartojimo pandemijos metu galimybės.
4. Sisteminis medikamentinis priešvėžinis gydymas tęsiamas tik užtikrinus saugias gydymo sąlygas pagal esamas rekomendacijas.
5. Visi pacientai turi būti edukuojami apie elgseną pandemijos atveju: a) vengti gausių susibūrimo vietų; b) dėvėti asmenines apsaugos priemones; c) laikytis nustatytų higienos reikalavimų pagal Pasaulio sveikatos organizacijos nurodymus; d) neturėti kontaktų su asmenimis, turinčiais užkrečiamos ligos simptomų arba gyvenančių endeminėse zonose; e) užtikrinti socialinių kontaktų ribojimą, pagal esamas nacionalines rekomendacijas ir kt.
6. Gydymo metu pacientams sergantiems plaučių vėžiu arba kuriems anksčiau buvo atlikta plaučių operacija, taip pat vyresnio amžiaus pacientams ar tiems pacientams, kuriems yra kitų gretutinių ligų, turėtų būti taikoma intensyvesnė priežiūra.
7. Siekiant išvengti hospitalinio infekcijos plitimo, pagal galimybes turi būti mažinamas stacionare gydomų pacientų kiekis, paslaugas teikiant dienos stacionaro sąlygomis (pagal galimybes taikant chemoterapiją su portatyviniais infuzomatais namų sąlygomis, renkantis trumpesnius gydymo režimus ar, jei įmanoma, keičiant chemoterapijos schemas iš intraveninių į peroralines).
8. Vėžiu sergančių pacientų apsilankymai ambulatoriškai turėtų būti sumažinti iki saugiausio įmanomo lygio, nepakenkiant pacientų priežiūrai.
9. Rekomenduojama diegti telemedicinos paslaugas: teikti nuotoline konsultacijas pacientams apie gydymą, komplikacijų valdymą, tyrimus ir pan., konsultacijas bendrosios praktikos gydytojams, nuotoliniu būdu konsultuotis su gydytojais specialistais. Prieš nusprendžiant konsultacijos pobūdį (asmeninė/kontaktinė ar virtuali), reikia atsižvelgti į paciento amžių, turimą priegabą prie informacinių technologijų ir gebėjimą jomis naudotis.

10. Gydomo režimai turi būti parenkami, jei įmanoma, stengiantis sumažinti apsilankymų gydymo įstaigoje skaičių (pagal galimybes intraveninės schemos keičiamos į tabletingas, kassavaitiniai režimai pervedami į režimus kas 3 sav. ir pan., pasirenkami trumpesni gydymo režimai).

11. Pacientams, gydomiems geriamaisiais priešvėžiniais medikamentais ar skiriamais intraraumeninių ar poodinių injekcijų būdu, injekcijos gali būti atliekamos namų sąlygomis, vaistai gali būti išrašomi bent 3 kursams, pacientų būklę ir gydymo eigą stebint nuotoliniu būdu. Reikiamus kraujo tyrimus rekomenduojama atlikti gydymo įstaigų pagal gyvenamąją vietą laboratorijose.

12. Pagal galimybes svarstomas mažiau imunosupresyškai veikiančių gydymo metodų, schemų skyrimas.

13. Kraujo transfuzijos skiriamos pagal ligonio ir ligos situaciją, ypač įvertinat jų skyrimo tikslingumą asimptominiiais atvejais.

14. SARS-CoV-2 (ar kitos užkrečiamos ligos dėl kurios paskelbta pandemija) molekulinis diagnostinius tyrimus atlikti visiems pacientams, turintiems infekcijai būdingų simptomų. Apsvarstyti indikacijas testavimui asimptominiams pacientams prieš pradedant imunosupresinę chemoterapiją ir ilgalaikę biologinę terapiją.

15. III-IV laipsnio ar febrilios neutropenijos profilaktikai granulocitų kolonijas stimuliuojantis faktorius turėtų būti skiriamas kartu su chemoterapijos režimais, kuriuos taikant yra vidutinė (10–20 %) arba didelė (> 20 %) febrilinės neutropenijos rizika.

16. Būtinai diferenciniai karščiuojančių pacientų diagnostiniai tyrimai (diferencijuoti tarp užkrečiamos ligos ir sunkių gydymo komplikacijų, ligos išraiškos, kitų priežasčių). Karščiuojančių pacientų negalima tirti onkologijos dienos centre, kur didelė vėžiu sergančių pacientų ir darbuotojų koncentracija.

17. Vėžiu sergantiems pacientams, kuriems nustatyta febrili neutropenija, reikia atlikti molekulinis diagnostinius SARS-CoV-2 (ar kitos užkrečiamos ligos) tyrimus ir įvertinti kitus infekcinius veiksnius; jiems taip pat turėtų būti skiriami empiriniai antibiotikai, kaip nurodyta tarptautinėse ir lokaliuose gydymo gairėse. Mažos rizikos febrilinės neutropenijos pacientai gali būti gydomi namuose geriamaisiais antibiotikais ar intraveninėmis antibiotikų infuzijomis, kad būtų apribotas hospitalinis sąlytis su infekcija. Pacientai, kuriems yra didelės rizikos febrilinė neutropenija, turėtų būti hospitalizuojami taikant standartinę slaugos procedūrą. Pacientams, kuriems nustatytas teigiamas užkrečiamos ligos testas, reikia toliau vartoti empirinius antibiotikus. Gydytojai dėl galimų infekcijų turėtų reguliariai tirti pacientus su neutropenija.

18. Vėžiu sergančių pacientų, kuriems diagnozuota COVID-19 liga gydymas yra toks pat kaip ir bendros populiacijos. Būtina atsižvelgti į galimą priešvėžinių ir antivirusinių, antimikrobinų vaistų, kortikosteroidų ir kt. sąveiką ir toksiškumą. Būtina gydytojo onkologo ar hematologo konsultacija.

19. Nacionalinis išsamus vėžio tinklas (*angl. National Comprehensive Cancer Network*) rekomenduoja nutraukti granulocitų kolonijas stimuliuojančio faktoriaus ir granulocitų-makrofagų

kolonijas stimuliuojančio faktoriaus skyrimą pacientams, sergantiems vėžiu ir ūmine SARS-CoV-2 infekcija, neturintiems bakterinių ar grybelinių infekcijų, kad būtų išvengta hipotetinės uždegiminio citokinų kiekio ir plaučių uždegimo rizikos padidėjimo.

20. Sprendimai dėl sisteminio medikamentinio priešvėžinio gydymo taikymo pacientams, sergantiems ūminiu COVID-19, ir tiems, kurie sveiksta nuo COVID-19, turėtų būti priimami kiekvienu atveju atskirai. Gydytojai turėtų atsižvelgti į sisteminio priešvėžinio gydymo indikacijas, priežiūros tikslus ir paciento ankstesnę toleranciją gydymui. Optimali trukmė nuo infekcijos išnykimo iki priešvėžinio gydymo pradžios ar atnaujinimo yra neaiški. Jei įmanoma, rekomenduojama nutraukti gydymą tol, kol išnyks COVID-19 simptomai ir bus praėję mažiausiai 10d. nuo teigiamo SARS-CoV-2 testo atlikimo datos. Vėžiu sergantiems pacientams gali pasireikšti ilgalaikis virusų išskyrimas, todėl pakartotinas testavimas netikslingas, o sprendimas apie gydymo atnaujinimą turėtų būti priimamas kiekvienu atveju atskirai

21. Skatinti pacientų vakcinaciją nuo SARS-CoV-2.

22. Rekomenduoti tinkamą vėžiu sergančių pacientų vakcinacijos nuo SARS-CoV-2 laiką, atsižvelgiant į šiuos veiksnius:

- Jei įmanoma, pacientai, kurie planuoja gydytis chemoterapija, turėtų baigti vakcinaciją nuo SARS-CoV-2 mažiausiai 2 sav. prieš pradėdami chemoterapiją.
- Hematologiniu piktybiniu naviku sergantiems pacientams, kuriems taikoma intensyvi chemoterapija (pvz., indukcinė chemoterapija ūminei mieloleukemijai gydyti), skiepimą reikia atidėti, kol atsistatys neutrofilų kiekis kraujyje.
- Hematopoetinėms kamieninėms ląstelėms ir chimerinio antigeno receptoriaus T ląstelių recipientams gali būti pasiūlyta SARS-CoV-2 vakcinacija pradėdant praėjus mažiausiai 3 mėn. po gydymo.

23. Skatinti paciento, kuriam yra taikomas sisteminis priešvėžinis medikamentinis gydymas, namų ūkio narių, artimų kontaktų ir sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų kuo greitesnę pasiskiepimą, siekiant apsaugoti pacientą nuo galimos infekcijos.

24. Pacientui pageidaujant, atidėti vėžio gydymo vizitą pandemijos laikotarpiu, rekomenduojama ligos situaciją, galimas pasekmes sustabdyti gydymą aptarti su gydančiu onkologu ir tada galutinai informuoti gydytoją onkologą apie paciento sprendimą.

### 3 Priedas

## Spindulinio gydymo rekomendacijos pandemijos metu

1. Lentelė. Spindulinis gydymas kurio pandemijos metu galima netaikyti

Liga	Klinikinė situacija	Gydymo rekomendacijos
Krūties vėžys po krūtį tausojančios operacijos	Duktalinė karcinoma in-situ (DCIS)	Netaikyti ST į visą krūtį
	Vyresni pacientai su žemos rizikos invazine liga	Netaikyti ST į visą krūtį
	Invazinė liga su žema rizika pagal genomo profilį	Netaikyti ST į visą krūtį
	Amžius $\geq 50$ m, ER+, Her2-, nėra kitų blogos rizikos veiksnių	Netaikyti papildomos dozės (boost) ST į krūtį
Krūties vėžys po mastektomijos	T1-2 N1	Netaikyti ST
CNS navikai	MGMT metilinta glioblastoma, $>60$ m	Tik temozolamidas
	Žemo laipsnio glioma	Netaikyti ST
	I-II <sup>o</sup> be simptominei meningioma	Netaikyti ST
	Be simptominei arterio-veninė transformacija	Netaikyti ST
Stemplės vėžys		Rezekcija arba Ch/ST gydymas vietoje triterapijos (operacija ir Ch/ST gydymas)
Skrandžio vėžys	Rezektabilus	Tik ChT
	Nerezektabilus	Tik ChT
Plaučių vėžys	Smulkių ląstelių karcinoma	Netaikyti profilaktinės galvos smegenų ST
Kasos vėžys	Nerezektabilus	Netaikyti ST. Svarstyti ChT, dalyvavimą klinikiniuose tyrimuose.
Prostatos vėžys	Žema ar palanki vidutinė rizika	Skirti aktyvų stebėjimą
Gerybinės ligos	Keloidiniai randai, osteofitai, aktininė keratozė	Netaikyti ST
Paliatyvi ST	Nekomplikuotos skausmingos MTS	Užtikrinti medikamentinį gydymą
	Oligometastatinė liga (prostatos vėžys)	Netaikyti ST. Skirti sisteminį gydymą
	Pooperacinė ST (dėl pataloginių lūžių)	Netaikyti ST
	CNS MTS dėl NSLPV	Netaikyti ST. Palaikomasis gydymas ir steroidai

Sėklidžių vėžys	I st. seminoma	Netaikyti ST. Stebėjimas arba karboplatina.
-----------------	----------------	---

CNS – centrinė nervų sistema, MGMT – metil guanin metil transferazė, ChT – chemoterapija, MTS – metastazės, NSLPV – ne smulkių ląstelių plaučių vėžys, st. – stadija,

2 Lentelė. Spindulinis gydymas kurį pandemijos metu galima atidėti.

Liga	Klinikinė situacija	Gydymo rekomendacijos
Krūties vėžys po krūtį tausojančios operacijos	T1-2 N0, luminalinis A ir B tipas	Skirti HT, ST galima atidėti iki 20 sav.
CNS navikai	Besimptominė meningioma PSO I <sup>o</sup>	Palaikomasis gydymas
	Besimptominė meningioma PSO I-II <sup>o</sup> po naviko rezekcijos	Stebėjimas
	Besimptominė arterio-veninė transformacija	Stebėjimas, medikamentinis gydymas
	Be simptomine švanoma	Stebėjimas, palaikomasis gydymas
Prostatos vėžys	Nepalanki vidutinė, aukšta ar labai aukšta rizika	Ilgesnė adj. ADT iki 6-7 mėn.
	Po operacijos	Gelbstinti ST vietoj adj.
Odos vėžys	Bazinių ląstelių karcinoma	Stebėjimas
	Plokščių ląstelių karcinoma	Stebėjimas
Gerybinės ligos	Hipofizės adenoma	Stebėjimas ir palaikomasis gydymas
	Fibromatozė	Stebėjimas
Paliatyvi ST	Skausmingos MTS be neurologinių simptomų	Atidėti ST skiriant medikamentinį gydymą

3 lentelė. Paliatyvusis spindulinis gydymas, kurio frakcijų skaičių galima sumažinti.

Liga	Klinikinė situacija	Dozė per fr. (Gy)	Frakcijų skaičius	Intervalas	Metodika
MTS kauluose, be lūžių, ± stuburo smegenų kompresija	Paliatyvus gydymas	6-10	1		3D
MTS kauluose, lūžis/operacija		4	5	Kasdien	3D
Galvos smegenų MTS	1-3 MTS, gera būklė, nėra ekstrakranijinės ligos	15-20	1		Stereo ST

	Paliatyvus gydymas	4	5	Kasdien	3D
	Bloga prognozė, paliatyvus gydymas.	6	2	Kasdien	3D
Stemplės vėžys	Kraujavimas/disfagija	3	4	2k/d	3D
		6	3	0, 7 ir 21d	3D
DGB, bloga būklė	≥50m, KI 50 – 70 arba ≥65m, KI 50 - 100	5	5	Kasdien	3D
Galvos – kaklo vėžys	Paliatyvus gydymas	6	5-6	2fx/sav	
		6-8	3	0, 7, 21d	3D, IMRT
Viršutinės tuščiosios venos sindromas/plaučių vėžys	Paliatyvus gydymas	8-10	1		3D
Žemo laipsnio limfoma		4	1		3D
Kraujavimas maž. dubenyje ar virškinimo trakte	Paliatyvus gydymas	4	5-6	Kasdien	3D
		4.5	4	2k/d	3D
		3.7	4	2k/d	3D
		6-8	3	0, 7, 21d	3D

Fr – frakcija, Gy – grėjai, MTS – metastazės, DGB – daugiaformė glioblastoma, KI – Karnovskio Indeksas.

Rekomendacijos parengtos pagal [13].

## 4 Priedas

### Dažniausiai pasitaikančių vaikų onkologinių ligų rekomendacijos pandemijos metu.

Vadovaujant Tarptautinei vaikų onkologijos draugijai (*angl. International Society for Pediatric Oncology*), Vaikų onkologijos grupei (*angl. Children's Oncology Group*), St. Jude pasaulinei programai (*angl. St. Jude Global program*) ir Tarptautinei vaikų vėžio organizacijai (*angl. Childhood Cancer International*) buvo parengtos ir paskelbtos onkologinėmis ligomis sergančių vaikų sveikatos priežiūros pandemijos metu rekomendacijos [25]:

1. Įtariant naują onkologinį susirgimą visi vaikai turi būti nedelsiant ištirti;
2. Ūmi leukemija (ŪL) yra dažniausia vaikų vėžio forma, kurios gydymas trunka ilgiausiai. Esami duomenys rodo, kad ŪL atvejų COVID-19 koinfekcija dažniausiai pasireiškia lengvas arba vidutinio sunkumo kvėpavimo takų pažeidimas. Taigi didžiausia grėsmė ŪL sergantiems vaikams gali būti su COVID-19 susijęs ŪL gydymo modifikacijos arba nutraukimas. Rekomenduojama, kad vaikams, kuriems įtariama ŪL, būtų atliktas išsamus tyrimas diagnozei ir rizikos grupei nustatyti bei pradėtas gydymas pagal įstaigos protokolus ar vykdomą klinikinį tyrimą. Vaikams, kuriems kartu pasireiškia COVID-19 ir hiperleukocitozė, rekomenduojama nedelsiant pradėti pilnavertį gydymą. Tačiau, nesant tokių galimybei, būtina nedelsiant pradėti prefazę arba modifikuotą gydymą, o pasveikus nuo COVID-19 tęsti pilnavertį gydymą. Jei pandemijos atveju sutrinka diagnostinių paslaugų prieinamumas, rekomenduojama papildomai saugoti tiriamąją medžiagą biobanke vėlesnei išsamesnei diagnostikai. Nerekomenduojama pasirinktinai keisti palaikomosios chemoterapijos, tačiau didelio COVID-19 paplitimo regionuose vizitų į kliniką skaičių reikėtų sumažinti iki minimumo, pratęsiant palaikomosios chemoterapijos skyrimą bei konsultuojant pacientus nuotoliniu būdu. Visais atvejais ŪL būtina gydyti tik specializuotuose vaikų leukemijos centruose, turinčiuose patirtį onkologinio proceso ir gydymo komplikacijų valdyme.
3. Berkito (Burkitt) limfomos atveju nerekomenduojama atlikti jokių modifikacijų atliekant tyrimus ir skiriant gydymą;
4. Hodžkino (Hodgkin) ir ne-Hodžkino limfoma. Visiems vaikams ir paaugliams, kuriems pasireiškia progresuojanti limfadenopatija, rekomenduojama nedelsiant atlikti klinikinį ištyrimą, vaizdinį tyrimą ir limfmazgio biopsiją. Vaikų ne-Hodžkino limfoma (NHL), ypač dažniausia pasireiškianti Berkito (Burkitt) limfoma, yra agresyviausia vaikų piktybinė liga, kuri dažnai pasireiškia pažengusia stadija ir didele su gydymu susijusių komplikacijų rizika. NHL labai jautri chemoterapijai ir net pažengusi liga gali būti išgydoma, jei taikomas tinkamas priešvėžinis ir komplikacijų gydymas. Gydant vien chemoterapija arba chemoterapija ir radioterapija klasikine Hodžkino limfoma sergantys pacientai turi puikią galimybę pasveikti kai gydymas skiriamas atsižvelgiant į rizikos grupę, ligos stadiją, diagnozės rizikos veiksnius ir ankstyvą ligos atsaką.



Diagnozuojant ir gydant vaikų limfoma nerekomenduojama taikyti jokių su pandemija susijusių gydymo modifikacijų, net jei vaikui pasireiškia COVID-19 koinfekcija.

5. Žemo piktybiškumo glioma (ŽPG). ŽPG – dažniausias vaikų CNS navikas. Kadangi ŽPG diagnozė paprastai įtariama tik atlikus vaizdinius tyrimus, įtarus intrakranijinį CNS naviką, privalu nedelsiant planuoti chirurginį gydymą. Dėl sudėtingos pandeminės situacijos esant intrakranijinei hipertenzijai galima operacinį gydymą pradėti nuo šuntavimo arba ventrikulostomijos. Vaikams, sergantiems ŽPG ir gydomiems chemoterapija, rekomenduojama tęsti suplanuotą gydymą jo nemodifikuojant

6. Retinoblastoma. Anksti diagnozuota ir tinkamai gydoma retinoblastoma beveik visada išgydoma, todėl svarbiausia yra išsaugoti regėjimą, akies obuolį ir nustatyti genetinį polinkį. Intraokulinė retinoblastoma turi būti gydoma specializuotose centruose patyrusių oftalmologų, kurie nedelsiant atliktų paciento apžiūrą bendroje neįtaroje kad būtų galima nustatyti intraokulinio pažeidimo mastą (cT1-cT3) ir laterališkumą, nuo kurio priklausys vietinis gydymas ir/ar sisteminė chemoterapija. Įprastinis neurovizualinis tyrimas dėl vienpusės intraokulinės retinoblastomos gali būti atidėtas, nebent yra pažeistas regos nervas arba įtariamasis ekstraokulinis pažeidimas. Jei tikėtini intervencinės radiologijos ir ilgalaikės anestezijos išteklių ribojimai, reikėtų apsvarstyti galimybę atidėti intraarterinę chemoterapiją. Esant ribotiems ištekliams, daugumai pacientų, kurių akies obuolio liga yra pažengusi ir nėra galimybės išsaugoti regėjimo, rekomenduojama nedelsiant atlikti enukleaciją, po kurios skirti sisteminę standartinę chemoterapiją nekeičiant dozės,

7. Įtariant naviką pilvo srityje (pvz. Wilms'o navikas) visiems vaikams nedelsiant turi būti atlikti reikalingi tyrimai (bent vidaus organų echoskopija, krūtinės ląstos rentgeno tyrimas ir, jei galima, krūtinės ląstos ir pilvo kompiuterinė tomografija). Pirminių inkstų navikų atveju (vaikai virš 6 mėn.), jei neįmanoma atlikti nefrektomijos, rekomenduojama skirti priešoperacinę chemoterapiją. Operacinis ir spindulinis gydymas turi būti skiriamas pagal protokolus, tačiau jei šie gydymo metodai turi būti atidedami ir buvo atsakas į chemoterapiją, galima ją tęsti iki chirurginio gydymo. Pooperacinis gydymas turi būti skiriamas pagal galiojančias gydymo gaires.

8. Radioterapija atlieka esminį vaidmenį gydant daugelį vaikų navikų, todėl vaikų vėžio gydymui turėtų būti teikiama pirmenybė. Skiriant paliatyvų gydymą rekomenduojama svarstyti taikyti hipofrakcionuotus radioterapijos režimus;

9. Vaikų vėžio chirurgijos rekomendacijos turi būti pritaikytos atsižvelgiant į COVID-19 paplitimą ir sveikatos sistemos pajėgumus, tikslas yra pandemijos metu laiku teikti vaikų vėžio chirurginę priežiūrą.

## Literatūra

1. Curigliano, G., et al., *Managing cancer patients during the COVID-19 pandemic: an ESMO multidisciplinary expert consensus*. *Annals of Oncology*, 2020. **31**(10): p. 1320-1335.
2. Oncology, E.S.f.M. *CANCER PATIENT MANAGEMENT DURING THE COVID-19 PANDEMIC*. 2020; Available from: <https://www.esmo.org/guidelines/cancer-patient-management-during-the-covid-19-pandemic>.
3. Oncology, S.o.S. *Cancer Surgeries in the Time of COVID-19: A Message from the SSO President and President-Elect*. March 23, 2020; Available from: <https://www.surgonc.org/wp-content/uploads/2020/03/COVID-19-Letter-to-Members.pdf>.
4. Surgeons, A.C.o. *ACS Guidelines for Triage and Management of Elective Cancer Surgery Cases During the Acute and Recovery Phases of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic*. May 7, 2020; Available from: [https://www.facs.org/-/media/files/covid19/acs\\_triage\\_and\\_management\\_elective\\_cancer\\_surgery\\_during\\_acute\\_and\\_recovery\\_phases.ashx](https://www.facs.org/-/media/files/covid19/acs_triage_and_management_elective_cancer_surgery_during_acute_and_recovery_phases.ashx).
5. Esophagus, I.S.f.D.o.t. *ISDE Guidance Statement Management of Upper-GI Endoscopy and Surgery in COVID-19 Outbreak*. 2020; Available from: <https://isde.net/covid19-guidance>.
6. Moletta, L., et al., *International guidelines and recommendations for surgery during Covid-19 pandemic: A Systematic Review*. *Int J Surg*, 2020. **79**: p. 180-188.
7. *Clinical Guide to Surgical Prioritisation During the Coronavirus Pandemic*. Available from: [https://fssa.org.uk/\\_userfiles/pages/files/covid19/prioritisation\\_master\\_27\\_11\\_20.pdf](https://fssa.org.uk/_userfiles/pages/files/covid19/prioritisation_master_27_11_20.pdf).
8. Oncology, A.S.o.C. *ASCO SPECIAL REPORT: A GUIDE TO CANCER CARE DELIVERY DURING THE COVID-19 PANDEMIC*. 2021; Available from: <https://www.asco.org/sites/new-www.asco.org/files/content-files/2020-ASCO-Guide-Cancer-COVID19.pdf>.
9. Network, N.C.C. *NCCN Best Practices Guidance: Management of COVID-19 Infection in Patients with Cancer*. 2021; Available from: [https://www.nccn.org/docs/default-source/covid-19/2021-covid-infectious-disease-management.pdf?sfvrsn=63f70c30\\_7](https://www.nccn.org/docs/default-source/covid-19/2021-covid-infectious-disease-management.pdf?sfvrsn=63f70c30_7).
10. Spencer, K., et al., *The impact of the COVID-19 pandemic on radiotherapy services in England, UK: a population-based study*. *Lancet Oncol*, 2021. **22**(3): p. 309-320.
11. Slotman, B.J., et al., *European radiation oncology after one year of COVID-19 pandemic*. *Clin Transl Radiat Oncol*, 2021. **28**: p. 141-143.
12. Slotman, B.J., et al., *Effect of COVID-19 pandemic on practice in European radiation oncology centers*. *Radiotherapy and Oncology*, 2020. **150**: p. 40-42.
13. Simcock, R., et al., *COVID-19: Global radiation oncology's targeted response for pandemic preparedness*. *Clinical and Translational Radiation Oncology*, 2020. **22**: p. 55-68.
14. *ESMO MANAGEMENT AND TREATMENT ADAPTED RECOMMENDATIONS IN THE COVID-19 ERA: BREAST CANCER*. 2021-12-27]; Available from: <https://www.esmo.org/guidelines/cancer-patient-management-during-the-covid-19-pandemic/breast-cancer-in-the-covid-19-era>.
15. *ESMO MANAGEMENT AND TREATMENT ADAPTED RECOMMENDATIONS IN THE COVID-19 ERA: LUNG CANCER*. 2021-12-27]; Available from: <https://www.esmo.org/guidelines/cancer-patient-management-during-the-covid-19-pandemic/lung-cancer-in-the-covid-19-era>.

16. *ESMO MANAGEMENT AND TREATMENT ADAPTED RECOMMENDATIONS IN THE COVID-19 ERA: PRIMARY BRAIN TUMOURS*. Available from: <https://www.esmo.org/guidelines/cancer-patient-management-during-the-covid-19-pandemic/primary-brain-tumours-in-the-covid-19-era>.
17. *ESMO MANAGEMENT AND TREATMENT ADAPTED RECOMMENDATIONS IN THE COVID-19 ERA: COLORECTAL CANCER (CRC)*. Available from: <https://www.esmo.org/guidelines/cancer-patient-management-during-the-covid-19-pandemic/gastrointestinal-cancers-colorectal-cancer-crc-in-the-covid-19-era>.
18. *ESMO MANAGEMENT AND TREATMENT ADAPTED RECOMMENDATIONS IN THE COVID-19 ERA: PROSTATE CANCER*. Available from: <https://www.esmo.org/guidelines/cancer-patient-management-during-the-covid-19-pandemic/genitourinary-cancers-prostate-cancer-in-the-covid-19-era>.
19. Stensland, K.D., et al., *Considerations in the Triage of Urologic Surgeries During the COVID-19 Pandemic*. *European Urology*, 2020. **77**(6): p. 663-666.
20. *ESMO MANAGEMENT AND TREATMENT ADAPTED RECOMMENDATIONS IN THE COVID-19 ERA: CERVICAL CANCER*. Available from: <https://www.esmo.org/guidelines/cancer-patient-management-during-the-covid-19-pandemic/gynaecological-malignancies-cervical-cancer-in-the-covid-19-era>.
21. *ESMO MANAGEMENT AND TREATMENT ADAPTED RECOMMENDATIONS IN THE COVID-19 ERA: HEAD AND NECK CANCERS*. Available from: <https://www.esmo.org/guidelines/cancer-patient-management-during-the-covid-19-pandemic/head-and-neck-cancers-in-the-covid-19-era>.
22. *ESMO MANAGEMENT AND TREATMENT ADAPTED RECOMMENDATIONS IN THE COVID-19 ERA: MELANOMA*. Available from: <https://www.esmo.org/guidelines/cancer-patient-management-during-the-covid-19-pandemic/melanoma-in-the-covid-19-era>.
23. *ESMO-EURACAN MANAGEMENT AND TREATMENT ADAPTED RECOMMENDATIONS IN THE COVID-19 ERA: SARCOMAS*. Available from: <https://www.esmo.org/guidelines/cancer-patient-management-during-the-covid-19-pandemic/sarcomas-in-the-covid-19-era>.
24. *ESMO MANAGEMENT AND TREATMENT ADAPTED RECOMMENDATIONS IN THE COVID-19 ERA: RENAL CELL CANCER*. Available from: <https://www.esmo.org/guidelines/cancer-patient-management-during-the-covid-19-pandemic/genitourinary-cancers-renal-cell-cancer-in-the-covid-19-era>.
25. Children's Cancer and Leukaemia Group (CCLG): "COVID-19 guidance for children and young people with cancer undergoing treatment". Available from: [https://www.cclg.org.uk/write/MediaUploads/Coronavirus/CCLG\\_COVID\\_Guidance\\_05.01.21.pdf](https://www.cclg.org.uk/write/MediaUploads/Coronavirus/CCLG_COVID_Guidance_05.01.21.pdf)