



NACIONĀLAIS
ATTĪSTĪBAS
PLĀNS 2020



EIROPAS SAVIENĪBA
Eiropas Sociālais
fonds

IEGULDĪJUMS TAVĀ NĀKOTNĒ

Eiropas Sociālā fonda projekts Nr.9.2.3.0/15/I/001 “Veselības tīklu attīstības vadlīniju un kvalitātes nodrošināšanas sistēmas izstrāde un ieviešana prioritāro veselības jomu ietvaros”

Ļaundabīgo audzēju recidīvu primārā un sekundārā diagnostika, nosakot secīgu izmeklējumu nepieciešamību noteiktu simptomu vai iepriekšējo izmeklējumu rezultātu gadījumā un iekļaujot vienotu konsīliju veidlapu

Āda, ja ir aizdomas par melanomu (C43)

KLĪNISKAIS ALGORITMS

Izstrādāts LATVIJAS ĀRSTU BIEDRĪBĀ projekta “Klīnisko algoritmu, klīnisko ceļu un kvalitātes indikatoru izstrāde onkoloģijā un bērnu (sākot ar neonatālo periodu) aprūpes jomā” (Iepirkuma identifikācijas Nr.VM 2022/29/ESF ietvaros

Darba grupas dalībnieki: Ilze Aizsilniece, ģimenes ārste, Aija Geriņa-Bērziņa, onkoloģe ķīmijterapeite, Viktors Kozirovskis, onkologs ķīmijterapeits, Eva Vecvagare, onkoloģe ķīmijterapeite, Sigita Hasnere, onkoloģe ķīmijterapeite, Elīna Sīviņa, onkoloģe ķīmijterapeite, Līga Keiša-Ķirse, onkoloģe ķīmijterapeite, prof. Ardis Platkājis, radiologs diagnostis, Zaiga Kalnbērza-Ribule, fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārste, Anna Millere, fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārste, Lauris Repša, traumatologs, ortopēds

Saturs

Saturs.....	2
Ievads	3
Algoritma lietotāju mērķa grupa.....	4
Saīsinājumi.....	5
Klīniskā algoritma shēma	6
Klīniskā algoritma apraksts.....	7
Atsauces	12
Pielikumi.....	13
Ādas melanomas recidīva primāra diagnostika	13
Ādas melanomas recidīva sekundāra diagnostika.....	14
Vēža pacientu fiziskās aktivitātes statusa novērtēšana pēc Karnofska un ECOG kritērijiem	15
Magnētiskās rezonanses izmeklējuma protokoli noteiktām ķermeņa daļām un/vai orgāniem	16

Ievads

Melanoma ir bīstamākais, agresīvākais ādas vēža veids ar augstu mirstību. Tās izplatība pasaulē un Latvijā pieaug. Melnomas sastopamība Eiropā svārstās no 3–5/uz 100 000 iedzīvotāju Vidusjūras valstīs, bet līdz 12–35/100 000 Ziemeļvalstīs. Latvijā ik gadu melanomu atklāj vairāk nekā 200 cilvēkiem, aptuveni 80 cilvēku gadā mirst (Slimību profilakses un kontroles centrs). Melanoma ir vēža forma, kas sākas melanocītos – šūnās, kas veido pigmentu melanīnu, kurš piešķir ādai tās dabīgo krāsu. Melanoma visbiežāk veidojas uz ādas, kā arī citos audos, kur ir melanocīti, piemēram, acīs, zarnās, gļotādā, naga pamatnē vai uz pēdām un plaukstām.

Ultravioletais (UV) starojums tiek identificēts kā galvenais kancerogēns, kas iesaistīts melanomas ģenēzē. UV starojumam ir izteikta ietekme uz šūnas DNS, to bojājot, kā rezultātā rodas mutācijas. Labākā profilakse ir fiziska aizsardzība pret UV ar pielāgotiem apģērbiem. Pacienti, kas izārstēti no sākotnējās primārās melanomas, ir paaugstināts risks attīstīties otrai primārai melanomai. Sekundāra melanoma vai melanomas recidīvs attīstās divu gadu laikā pēc sākotnējās diagnozes 2–10% no visiem melanomas pacientiem. Melnomas pacientiem ir arī paaugstināts citu ādas audzēju risks. Pacienti ar *lentigo* malignu melanomu (LMM) 35% pacientu piecu gadu laikā attīstās cits ļaundabīgs ādas audzējs. Audzēja recidīva vai metastazēšanās risks ir atkarīgs no melanomas biezuma (pēc Breslova). Pacienti, kam primārā audzēja biezums ir 1,0 mm vai mazāks, piecu gadu dzīvildze ir vairāk nekā 90%, bet, ja audzēja biezums ir vairāk nekā 1,0 mm, izdzīvošanas rādītāji svārstās no 50% līdz 90%. Pacienti ar melanomu III stadijā piecu gadu izdzīvošanas rādītāji svārstās no 20% līdz 70%. Iepriekš pacientiem ar metastātisku melanomu 5 gadu dzīvildze bija mazāk nekā 10% gadījumu, bet mūsdienās, ņemot vērā audzēja bioloģiskās atšķirības un efektīvo sistēmisko terapiju (imūnterapija, mērķterapija), pacientiem arī ar IV stadijas slimību izdodas sasniegt ilgstošu remisiju.

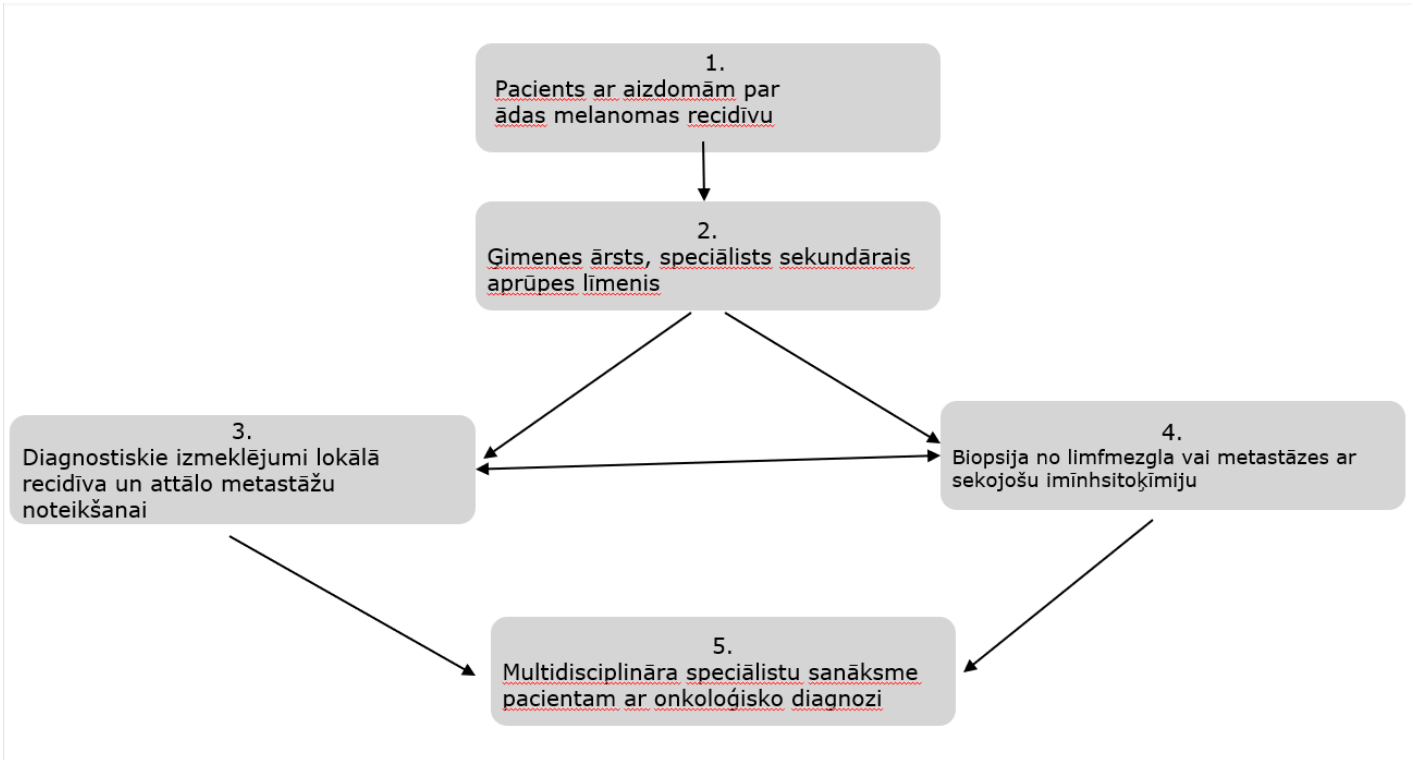
Algoritma lietotāju mērķa grupa

- Onkologi ķīmijterapieti (P 16)
- Dermatologi (P 27)
- Mutes, sejas un žokļu ķirurgi (P 26)
- Ķirurgi (P 03)
- Neuroķirurgi (P 04)
- Plastikas ķirurgi (P 09)
- Ģimenes (vispārējās prakses) ārsti (P0 2)
- Internisti (P 01)
- Radiologi terapieti (P 31)
- Radiologi (P 32)
- Patologi (P 33)
- Atbilstošu specialitāšu rezidenti
- Medicīnas studenti (kā informatīvs materiāls mācību procesā)

Saīsinājumi

ECOG	– <i>Eastern Cooperative Oncology Group</i>
MR	– magnētiskā rezonanse
US	– ultrasonogrāfija
CT	– datortomogrāfija
PET/CT	– pozitronu emisijas tomogrāfija (PET) un datortomogrāfija (CT)
i/v	– intravenoza
k/v	– kontrastviela
PSKUS	– Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca
RAKUS	– Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca

Klīniskā algoritma shēma



Klīniskā algoritma apraksts

1. Pacients ar aizdomām par ādas melanomas recidīvu

Konstatē šādas sūdzības, simptomus vai izmeklējumu rezultātus:

- pacientam ir aizdomīgs veidojums uz ādas operācijas rētas rajonā, blakus operācijas rētai vai citur ķermenī;
 - 1.1. asimetrisks veidojums ar nelīdzenu virsmu, neregulārām robežām, nevienmērīgu krāsojumu, kas īsā laikā (~3 mēneši) mainās (forma, krāsa, izmērs);
 - 1.2. dermatoskopiski ir aizdomas par malignitāti;
 - 1.3. ir palielināti reģionālie limfmezgli;
 - 1.4. veidojums atbilst “neglītā pīlēna” simptomiem (atšķirīgs no pārējiem ādas veidojumiem);
 - 1.5. veidojuma virsmas mitrošana, asiņošana;
 - 1.6. solitārs makulozs pigmentēts veidojums uz sejas pacientam vecumā virs 75 gadiem;
 - 1.7. veidojums ar īsu anamnēzi; progresīvu augšanu;
- pacientam ir neskaidrs veidojums reģionālos limfmezglos;
- pacientam ir neskaidras neiroloģiskās sūdzības izplatītas slimības gadījumā:
 - pirmreizējas epileptiskas lēkmes;
 - vienas puses parēze;
 - motora un/vai sensora afāzija;
 - vienas acs redzes pasliktināšanās vai kāda redzes lauka izkrišana;
 - pārvietošanās vai līdzsvara traucējumi;
 - neskaidras etioloģijas strauji progresējoši samaņas vai uztveres traucējumi, jušanas traucējumi;
 - hroniskas, progresējošas nakts vai rīta galvassāpes.

2. Ģimenes ārsts, speciālists, sekundārais aprūpes līmenis

Ja pacienta vispārējais stāvoklis ir stabils, tad pacients, izmantojot “dzeltenu koridoru”, jānosūta pie dermatologa vai ķirurga, onkologa ķīmijterapieta. Ja pacienta vispārējais stāvoklis strauji pasliktinājies, tad rekomendē vērsties neatliekamās medicīnas centrā.

- Ārsts novērtē pacienta sūdzības un izmaiņas ādā;

- iztaujā pacientu par iespējamiem riska faktoriem un aizdomīgā veidojuma/-u attīstības gaitu.

Veic šādas pārbaudes:

2.1. visa ķermeņa ādas apskati, pārbaudot, vai nav patoloģisku veidojumu uz ķermeņa ādas. Izmaiņas ādā novērtē pēc ABCDE algoritma:

- A (*Assimetry*) – asimetrija – melanoma ir asimetrisks veidojums;
- B (*Border*) – robežas – melanomai malas ir neregulāras vai pat ievēlētā;
- C (*Colour*) – krāsa – melanoma var būt daudzkrāsaina;
- D (*Diameter*) – diametrs – melanomas lielums mainās strauji;
- E (*Evolving*) – evolūcija – ādas veidojums mainās;

2.2. reģionālo limfmezglu izmeklēšanu – apskati, palpāciju;

2.3. nosaka melanomas riska faktoros:

2.3.1. ādas audzējs personiskajā anamnēzē;

2.3.2. ģimenes anamnēzē melanoma;

2.3.3. atipiski vai displastiski pigmentveidojumi, veidojumi ar regresijas pazīmēm, liels veidojumu kopējais skaits un to klīniskais polimorfisms;

2.3.4. palielināts labdabīgu pigmentveidojumu skaits, īpaši liela izmēra (>6 mm diametrā);

2.3.5. cilvēka ādas fenotips jutīgs pret sauli (Ficpatrika I vai II ādas tips) ar tendenci veidoties saules apdegumiem uz ādas;

2.3.6. UV starojuma ekspozīcija (periodiska vai ilgstoša saules starojuma ekspozīcija, multipli saules apdegumi ar vai bez ādas pūšļu veidošanās);

2.3.7. solārija apmeklējumi dzīves laikā;

2.3.8. ādas pirmsvēža, vēža stāvokļi (aktīniska keratoze, citi ļaundabīgi ādas audzēji, audzēji bērna vecumā);

2.3.9. esoša pārmantota slimība – pigmentētā kseroderma;

2.3.10. zināms melanomas jutības polimorfisms (CDKN2A, CDK4, MC1R un citas mutācijas);

2.3.11. darbs vai hobijs ārpus telpām vasaras laikā; ilgstoša uzturēšanās saulainā klimatā vai tuvu ekvatora joslai;

2.3.12. periodiska, intensīva saules ekspozīcija (melanomām, kas lokalizētas ķermenī (rumpī) ekstremitāšu rajonā un saistītas ar lielu pigmentveidojumu skaitu);

2.3.13. ilgstoša saules ekspozīcija (melanomām, kas lokalizētas galvas vai kakla, vai augšējo ekstremitāšu rajonā un saistītas ar mazu pigmentveidojumu skaitu).

3. Diagnostiskie izmeklējumi lokāla recidīva un attālo metastāžu noteikšanai

Ārsts, ārsts dermatologs ar Latvijas Ārstu biedrības izsniegtu metodes sertifikātu dermatoskopijā veic ādas dermatoskopisko izmeklēšanu, izmantojot nelielu ierīci – dermaskopu jeb dermatoskopu – ādas veidojumu izgaismošanai un pietuvinātai apskatei. Dermatoskopa izmantošana būtiski uzlabo agrīno diagnostiku, jo daudz agrāk ļauj pamanīt aizdomīgus veidojumus, ko ar neapbruņotu aci grūti atšķirt no parastas dzimumzīmes. Ja ģimenes ārstam nav personiskas pieredzes un iespējas strādāt ar dermatoskopu, viņš var nosūtīt dermatoskopijas veikšanai pie dermatologa venerologa vai, izmantojot “dzeltenu koridoru”, uz kādu no onkoloģiskajām iestādēm (RAKUS, PSKUS, Liepājas reģionālo slimnīcu, Daugavpils reģionālo slimnīcu).

Dermatoskopiskās pazīmes:

- atipisks pigmenttīklojums;
- neregulāras strēles jeb radiālas līnijas;
- neregulāri brūni melni punkti/lodītes;
- neregulāri brūni melni traipi;
- zili baltas struktūras jeb pārklājs;
- regresijas struktūras (baltas, rētai līdzīgas zonas vai pelēki punkti);
- kristāliskās struktūras;
- polimorfi asinsvadi;
- neregulāras hiperpigmentētas zonas;
- paralēlo koru zīmējums;
- robotas līnijas.

Ja ģimenes ārstam vai speciālistam ir aizdomas par audzēja lokālu recidīvu vai audzēja attālām metastāzēm, tad, izmantojot “dzeltenu koridoru”, pacientu nosūta uz radioloģiskiem izmeklējumiem. Ja pacientam kontrastviela ir kontrindicēta, rekomendē veikt CT bez kontrastvielas. Ja pēc CT izmeklējuma nebūs iespējams izvērtēt lokālo procesu un spriest par audzēja lokālu recidīvu, radiologs rekomendēs veikt MR mīkstajiem audiem ar k/v. Uz MR nosūtīs ārsts speciālists.

- US palielinātiem limfmezgliem,

- CT vai MR izmeklējums vēdera dobumam un mazajam iegurnim ar i/v k/v ievadīšanu;
- CT izmeklējums krūškurvim ar i/v k/v ievadīšanu;
- MR galvas smadzenēm ar k/v, ja ir neiroloģiska simptomātika;
- MR mugurkaulam (ar vai bez k/v), ja ir sāpes mugurā vai muguras smadzeņu kompresijas simptomi;
- PET/CT – pozitronu emisijas tomogrāfija (PET) un datortomogrāfija (CT);
- kaulu scintigrāfija;
- kaulu rentgenogrāfija simptomātiskajiem kauliem vai kauliem, kuros ir izmaiņas scintigrāfijas izmeklējumā.

4. Veic jaunu biopsiju no aizdomīga veidojuma

- Lokāla recidīva gadījumā nepieciešama jauna biopsija. Pacientam tiks veikta veidojuma ekscīzija (izņemšana), ja tehniski tas būs iespējams. Ekscīziju ar 1–3 mm atkāpi veselos audos veiks sejas, mutes un žokļu ķirurgs, otolaringologs vai ķirurgs. Aizdomīgā veidojuma ekscīzijas biopsija, nodrošinot visa veidojuma patomorfoloģisko izmeklēšanu, veicama ārsta kompetences ietvaros.
- Incīzijas biopsija pieļaujama diagnozes apstiprināšanai gadījumos, kad visa veidojuma ekscīzijas biopsija nav iespējama (liela izmēra audzēju gadījumos).
- Pacienti sakarā ar aizdomām par specifiskiem limfmezgliem, attālām metastāzēm audzēja morfoloģiskā verifikācija tiks veikta, lai precizētu audzēja veidu un medikamentozās terapijas iespējas (mērķterapija, imūnā terapija). Tiks noteiktas BRAF mutācijas biopsijas materiālā, ja tas nebija veikts iepriekš.
- Ja attālu metastāžu biopsija tehniski nav iespējama bez lielas ķirurģiskas manipulācijas un pastāv slimības diseminācijas risks vai ir augsts komplikāciju risks, tā netiks veikta.

5. Multidisciplinārs konsīlijs pacientam ar onkoloģisko diagnozi

Pacientu uz multidisciplināru konsīliju piesaka ārsts, kas diagnosticējis audzēja recidīvu vai progresiju. Multidisciplinārā konsīlijā piedalās onkologs ķīmijterapeits, radiologs terapeits, ķirurgs, radiologs diagnostis, patologs, dermatologs, ārstējošais ārsts. Multidisciplinārā konsīlija mērķis ir lemt par tālāko terapijas taktiku atbilstoši izmeklējumu rezultātiem, pacienta vispārējam stāvoklim (pēc ECOG skalas) un prognozei. Multidisciplinārā konsīlija dalībnieki lemj arī par papildu izmeklējumu

(piemēram, PET/CT, molekulāro audzēju marķieru noteikšana u.c.) veikšanas nepieciešamību. Multidisciplinārais konsīlijs tiek organizēts arī pacientiem, kuriem nav veikti radioloģiski izmeklējumi vispārējā smagā stāvokļa dēļ (ECOG >3), bet pacients ir bijis nosūtīts pie ārsta speciālista ar klīniski progresējošu audzēju. Šādos gadījumos tiek nozīmēta simptomātiska terapija un paliatīvā aprūpe.

Atsauces

1. Vadlīnijas diagnostiskās radioloģijas izmeklējumu izvēlē. Latvijas Radiologu asociācija, Valsts vides dienests, Latvijas Vides aizsardzības fonds; 2017 http://www.radiologija.lv/userfiles/file/Nosutisanas_vadlinijas_2017.pdf
2. Kontrastvielu lietošanas vadlīnijas. Eiropas Uroģenitālās radioloģijas biedrība. http://www.radiologija.lv/userfiles/file/2018_ESUR10_LV.PDF
3. The ESMO Clinical Practice Guidelines on melanoma currently focus on cutaneous melanoma and include information on incidence, diagnosis, staging and risk assessment, treatment, response evaluation and follow-up. <https://www.esmo.org>
4. Melanoma: Cutaneous NCCN Guidelines Version 1.2023 National Comprehensive Cancer Network – Home. <https://www.nccn.org>
5. MacCormack MA, Cohen LM, Rogers GS. Local melanoma recurrence: a clarification of terminology. *Dermatol Surg* 2004;30:1533-1538.

Pielikumi

Ādas melanomas recidīva primāra diagnostika

Audzēja lokalizācijas vieta	Sūdzību, simptomu un izmeklējumu rezultātu izvērtēšana	Laboratoriskie izmeklējumi.	Vizuālās diagnostikas izmeklējumi	Speciālists, pie kura nosūta personu ar konstatētu atradi konsultācijas saņemšanai
Melanoma	<p>Konstatē šādas sūdzības, simptomus vai izmeklējumu rezultātus:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pacientam ir aizdomīgs veidojums uz ādas operācijas rētas rajonā, blakus operācijas rētai vai citur ķermenī 2. Dermatoskopiski ir aizdomas par malignitāti 3. Pacientam ir neskaidrs veidojums reģionālos limfmezglos 4. Pacientam ir neskaidras neiroloģiskās sūdzības 5. Plaušu rentgenizmeklējumā vai datortomogrāfijā (CT) konstatētas izmaiņas plaušās, pleiras dobumos, limfmezglos vai kaulu struktūrā 6. Vēdera dobuma un/vai mazā iegurņa ultrasonoskopijā, datortomogrāfijā (CT) vai magnētiskās rezonanses (MR) izmeklējumā konstatētas izmaiņas orgānos, reģionālajos limfmezglos vai dobumos, un/vai vēderplēvē, kaulu struktūrā 7. Galvas magnētiskās rezonanses (MR) izmeklējumā konstatētas izmaiņas smadzeņu struktūrās, apvalkos vai galvaskausa kaulos 		<p>Veic šādus izmeklējumus:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dermatoskopija 2. CT krūškurvim ar i/v k/v ievadīšanu 3. CT vai MR vēdera dobumam un mazajām iegurnim ar i/v k/v ievadīšanu MR galvas smadzenēm ar i/v k/v ievadīšanu 	<p>Nosūta pie mutes, sejas un žokļu ķirurga, ja ādas veidojuma lokalizācija ir uz sejas, vai ķirurga citos gadījumos uz kādu no šādām ārstniecības iestādēm:</p> <ul style="list-style-type: none"> • SIA “Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca” • VSIA “Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca” • SIA “Daugavpils reģionālā slimnīca” • SIA “Liepājas reģionālā slimnīca”

Ādas melanomas recidīva sekundāra diagnostika

Audzēja lokalizācijas vieta	Citi izmeklējumi	Turpmākās terapijas taktikas lēmuma pieņēmējs
Melanoma	<p>Atbilstoši nepieciešamībai veic:</p> <ul style="list-style-type: none"> • CT vai MR izmeklējumu vēderam un mazajam iegurnim ar i/v k/v ievadišanu • CT izmeklējumu krūškurvim ar i/v k/v ievadišanu • MR galvas smadzenēm ar i/v k/v ievadišanu, ja ir neiroloģiska simptomātika • MR mugurkaulam (ar vai bez k/v), ja ir sāpes mugurā vai muguras smadzeņu kompresijas simptomi • PET/CT – pozitronu emisijas tomogrāfiju (PET) un datortomogrāfiju (CT) • Kaulu scintigrāfiju • Kaulu rentgenogrāfiju simptomātiskajiem kauliem vai kauliem, kuros ir izmaiņas scintigrāfijas izmeklējumā • Atkārtotu biopsiju no aizdomīgā veidojuma • BRAF mutācijas noteikšanu biopsijas materiālā, ja tā nav veikta iepriekš 	Multidisciplinārs konsīlijs, kurā piedalās vismaz viens, radiologs diagnostis, radiologs terapeits, onkologs ķīmijterapeits un patologs

Vēža pacientu fiziskās aktivitātes statusa novērtēšana pēc Karnofska un ECOG kritērijiem

Performance Scales: Karnofsky & ECOG Scores <http://oncologypro.esmo.org/Guidelines-Practice/Practice-Tools/Performance-Scales>*

Performance Scales: Karnofsky & ECOG Scores Practice tools (esmo.org)

Fiziskās aktivitātes statuss pēc Karnofska novērtējuma skalas	Pakāpe pēc Karnofska	Pakāpe pēc ECOG	Fiziskās aktivitātes statuss pēc ECOG novērtējuma skalas
Normāls, nav sūdzību	100	0	Pilnībā aktīvs, spēj veikt visas līdzšinējās aktivitātes (līdz saslimšanai) bez ierobežojumiem
Spēj veikt normālas aktivitātes. Nelielas slimības pazīmes vai simptomi	90	1	Ierobežotas spējas veikt fiziski grūtas aktivitātes, bet ir kustībspējīgs un spēj veikt vieglu vai sēdošu darbu, piem., vieglus mājas darbus, biroja darbu
Spēj veikt normālas aktivitātes ar piepūli	80	1	Ierobežotas spējas veikt fiziski grūtas aktivitātes, bet ir kustībspējīgs un spēj veikt vieglu vai sēdošu darbu, piem., vieglus mājas darbus, biroja darbu
Spēj aprūpēt sevi. Nespēj turpināt normālas aktivitātes vai darīt aktīvu darbu	70	2	Ir kustībspējīgs un spēj pilnībā aprūpēt sevi, bet nespēj veikt nekādas ārpusmājas aktivitātes. Kustībā pavada vairāk nekā 50% nomoda stundu
Reizēm nepieciešama palīdzība, tomēr pats spēj nodrošināt lielāko daļu savu vajadzību	60	2	Ir kustībspējīgs un spēj pilnībā aprūpēt sevi, bet nespēj veikt nekādas ārpusmājas aktivitātes. Kustībā pavada vairāk nekā 50% nomoda stundu
Nepieciešama būtiska palīdzība un bieža medicīniska aprūpe	50	3	Spēj tikai ierobežoti aprūpēt sevi, piesaistīts gultai vai ratiņkrēslam vairāk nekā 50% nomoda stundu
Darba nespēja. Nepieciešama speciāla aprūpe un palīdzība	40	4	Spēj tikai ierobežoti aprūpēt sevi, piesaistīts gultai vai ratiņkrēslam vairāk nekā 50% nomoda stundu
Smaga darba nespēja. Indicēta hospitalizācija, tomēr nav nāves draudu	30	4	Pilnībā darba nespējīgs. Nemaz nespēj sevi aprūpēt. Pilnībā piesaistīts gultai vai ratiņkrēslam
Ļoti slims. Nepieciešama hospitalizācija. Nepieciešama aktīva simptomātiska terapija	20	4	Pilnībā darba nespējīgs
Nemaz nespēj sevi aprūpēt. Pilnībā piesaistīts gultai vai ratiņkrēslam. Mirstošs (moribunds)	10	4	Pilnībā darba nespējīgs. Pilnīgi nespēj sevi aprūpēt. Pilnībā piesaistīts gultai vai ratiņkrēslam
Miris	0	5	Miris

Magnētiskās rezonanses izmeklēšanas protokoli noteiktām ķermeņa daļām un/vai orgāniem

Vispārējie jautājumi:

MR izmeklējumus veic ar ārsta nosūtījumu un pēc indikācijām.

Uz izmeklējumu pacients ņem līdzi iepriekšējo MR, datortomogrāfijas, ultrasonogrāfijas vai citu radioloģisko izmeklējumu rezultātus.

Pacients pirms MR izmeklējuma aizpilda anketu par metāla objektu esamību vai neesamību ķermenī.

Pirms izmeklējuma radiologa asistents vai radiogrāfers informē pacientu par izmeklējuma norises kārtību.

Izmeklējuma laikā pacientam tiek aizsargāta dzirde no gradientu spoļu radītiem trokšņiem ar ausu aizbāžņiem vai ausu uzliktņiem.

Izmeklējums tiek veikts ar speciālām katrai ķermeņa daļai paredzētām radiofrekvences spolēm trīs savstarpēji perpendikulārās plaknēs: aksiālā (ax.), sagitālā (sag.), koronārā (cor.). Izmeklējumu veic, pacientam guļot horizontāli uz muguras (supinācijas pozīcijā) vai uz vēdera (pronācijas pozīcijā). MR izmeklējuma tunelī pacientu ievada ar galvu pa priekšu vai kājām pa priekšu.

Katrai ķermeņa daļai vai orgānam ir savi specifiski izmeklēšanas protokoli ar izmeklējuma sekvencēm, lai labāk vizualizētu un diagnosticētu patoloģiju. Izmeklējuma sekvences protokolos var mainīt, ja radiologs uzskata un var pamatot, ka izmaiņas var palīdzēt diagnostikā.

Atsevišķu slimību gadījumos, saskaņojot ar radiologu, ir nepieciešams intravenozi ievadīt gadolīniju saturošu kontrastvielu 0,1 mmol/kg. Injekciju var veikt manuāli vai ar spēka injektoru (atkarībā no izmeklējuma veida).

Pacientiem ar alerģiskām reakcijām uz gadolīniju vai nieru mazspēju (nieru funkcijas bioķīmiskie rādītāji – urea, kreatinīns, GFĀ – ir zem pieļaujamās normas) kontrastviela netiek ievadīta.

Pacientu sagatavošana atsevišķiem izmeklējumiem:

MR vēdera dobumam:

Piecas stundas pirms vēdera dobuma MR izmeklējuma pacients nedrīkst ēst.

MR enterogrāfija:

- Iepriekšējā dienā pirms izmeklējuma drīkst ēst šķidru pārtiku.
- Lietot caurejas līdzekļus, lai iztīrītu zarnas no satura.
- Iepriekšējā vakarā pirms izmeklējuma un no rīta veikt dziļas tīrošas resnās zarnas klizmas.
- Rītā pirms izmeklējuma neēst un nedzert.
- Pacientam jāierodas 2 stundas pirms izmeklējuma un jāizdzer 2 litri 2,5% mannitola šķīduma, lai piepildītu zarnu traktu.
- Pirms izmeklējuma un pirms intravenozas gadolīniju saturošas kontrastvielas ievadīšanas pacientam intravenozi ievada 0,3 ml *Buscopan* šķīdumu (atšķaidot ar 3 ml fizioloģiskā šķīduma).

MR mazajam iegurnim:

- Izmeklējuma rītā veikt mikroklizmu ar *Microlax* 5 ml, lai iztīrītu taisno zarnu.
- Divas stundas pirms izmeklējuma nedrīkst iztukšot urīnpūsli.

Pārējo ķermeņa daļu izmeklējumiem speciāla sagatavošana nav nepieciešama!

Multidisciplināra konsīlija slēdziens par onkoloģisku slimību

Ārstniecības iestādes nosaukums:

Kods:

Multidisciplināras komandas konsīlija slēdziens par onkoloģisku saslimšanu.

Pirmreizējs/pirmsārstēšanas pacients Atkārtots/pēcārstēšanas pacients

Z/C kods:

Konsīlijs notiek pacienta klātbūtnē: Jā Nē

Datums, Click or tap to enter a date.

Pacients(-e) (vārds, uzvārds):

Personas kods:

Deklarētā dzīvesvieta:

Kontakttālrunis:

e-pasts:

Īsa slimības anamnēze/simptomi:

Obligāta pirmreizējam konsīlijam/atkārtotam – pēc nepieciešamības

Pamatdiagnoze:

(TNM klasifikācija, slimības stadija)

Blakusdiagnoze/s:

Operācija/Biopsija, datums

Histoloģija/ Citoloģija Nr.

Arst-Onko-01 versija 02

Vispārējais stāvoklis pēc ECOG skalas:

<input type="checkbox"/>	0	Pilnībā aktīvs, spēj veikt visas līdzšinējās aktivitātes (līdz saslīmšanai) bez ierobežojumiem
<input type="checkbox"/>	1	Ierobežotas spējas veikt fiziski grūtas aktivitātes, bet ir kustībspējīgs un spēj veikt vieglu vai sēdošu darbu, piem., vieglus mājas darbus, kantora darbu.
<input type="checkbox"/>	2	Ir kustībspējīgs un spēj pilnībā aprūpēt sevi, bet nespēj veikt nekādas ārpusmājas aktivitātes. Kustībā pavada vairāk nekā 50% nomoda stundu.
<input type="checkbox"/>	3	Spēj tikai ierobežoti aprūpēt sevi, piesaistīts gultai vai sēdriem vairāk nekā 50% nomoda stundu
<input type="checkbox"/>	4	Pilnībā darba nespējīgs. Nemaz nespēj sevi aprūpēt. Pilnībā saistīts pie gultas vai sēdriem.

Izmeklējumi, kas pamato stadiju ar datumiem un slēdzieniem

(CT/MR galvai/krūšu kurvim/vēderam/mazajam iegurnim/skeleta scintigrāfija/PET-CT /Onkomarķieri/citi izmeklējumi)

Slēdziens:

Konsīlija vadītājs:

(specialitāte; vārds, uzvārds; paraksts)

Konsīlija locekļi:

(specialitāte; vārds, uzvārds*)

Onkologs ķīmijterapeits:

Radiologs terapeits:

Ķirurgs:

Radiologs diagnostis:

Patologs:

Ārstējošais ārsts:

Cits:

(ārstiem, kas ir no citas ārstniecības iestādes, norāda to darba vietu)

* Dokuments sagatavots elektroniski un ir derīgs bez parakstiem

Arst-Onko-01 versija 02