



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 konsiliju veidlapu**

## **Aizkuņģa dziedzeris**

### **KLĪNISKAIS CEĻŠ**

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

**2023**

## Satura rādītājs

Satura rādītājs.....	2
Ievads .....	2
Klīniskā ceļa lietotāju mērķa grupa: .....	3
Saīsinājumi.....	3
Klīniskā ceļa shēma .....	4
Klīniskā ceļa apraksts .....	5
Informācija par pakalpojumiem, kas tiek apmaksāti no valsts budžeta.....	8
Atsauces .....	9
Pielikumi .....	10
Magnētiskās rezonanses izmeklējuma protokoli noteiktām ķermeņa daļām un/vai orgāniem.....	10
Vēža pacientu fiziskās aktivitātes statusa novērtēšana pēc Karnofska un ECOG kritērijiem .....	12

### Ievads

Aizkuņģa dziedzera vēzis ir viena no biežākajām ļaundabīgajām slimībām Latvijā. 2017. gadā reģistrēti 454 primāri saslimšanas gadījumi (23,4 uz 100 000 iedzīvotāju), no saslimušajiem 199 bija vīrieši un 255 sievietes. 83,7% pacientu bija vecumā virs 60 gadiem. I–III stadijas audzējs diagnosticēts 85 pacientiem (18,7%), bet IV stadijas vai neprecizētas stadijas aizkuņģa dziedzera vēzis, kad ķirurģiska ārstēšana nav vairs iespējama, diagnosticēts 369 pacientiem (81,3%).

5 gadu izdzīvotība visu stadiju aizkuņģa dziedzera vēža pacientiem 2012.–2017. gadā bija 6,3%, kas ir viens no zemākajiem rādītājiem. Pēc radikālas ķirurģiskas operācijas vidējā kopējā izdzīvotība ir 2–4 gadi, bet vidējais laiks līdz progresijai (lokālajam recidīvam vai metastāzēm) ir 12–30 mēneši, tāpēc pacientam ar iepriekš ķirurģiski ārstētu aizkuņģa dziedzera vēzi būtu jāatrodas stingrā uzraudzībā pie ķirurga, onkologa ķīmijterapieta vai ģimenes ārsta.

## Klīniskā ceļa lietotāju mērķa grupa:

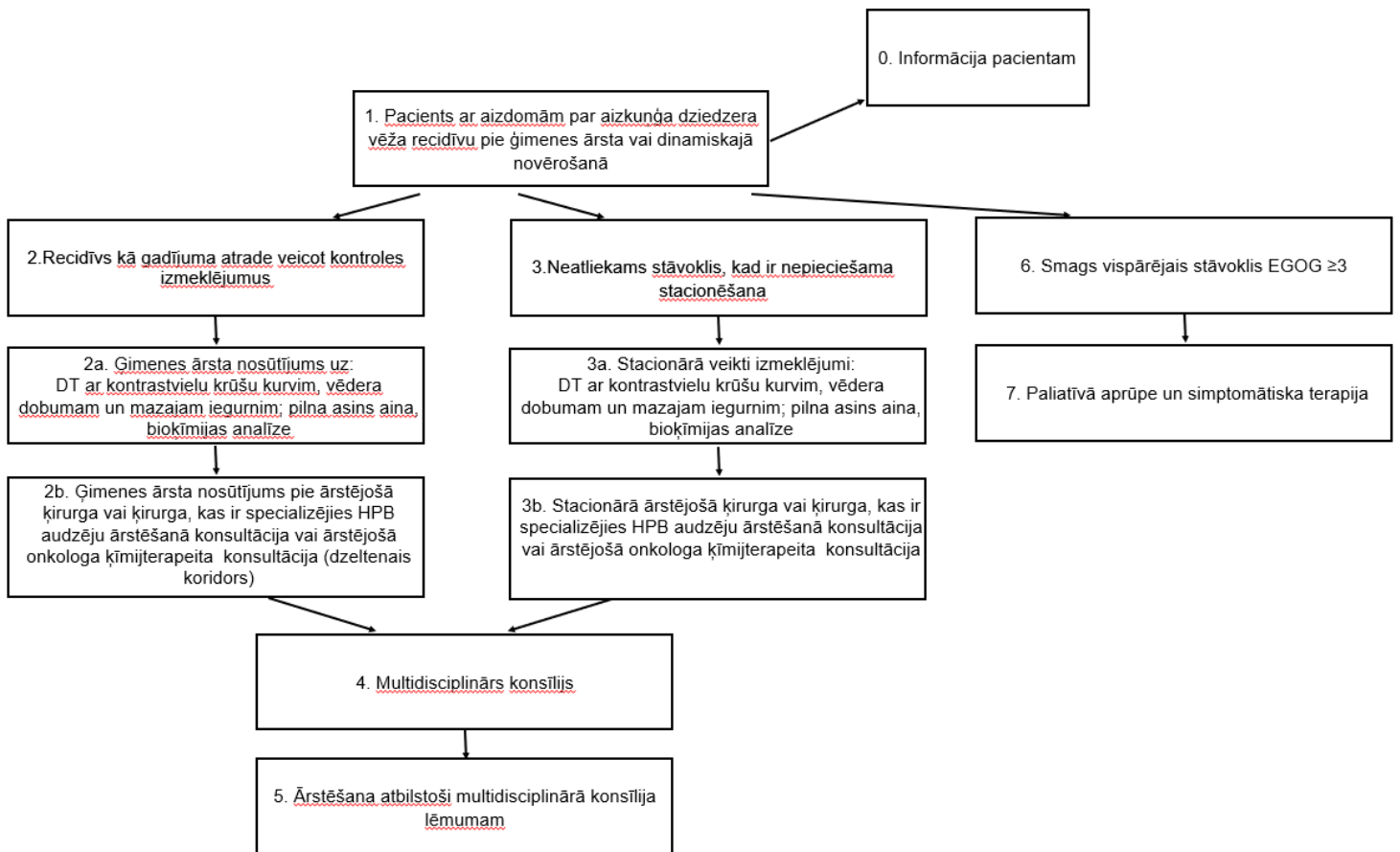
- Ķirurgi (P 03)
- Gastroenterologi (A 016)
- Ģimenes (vispārējās prakses) ārsti (P 02)
- Onkologi ķīmijterapeiti (P 16)
- Radiologi terapeiti (P 31)
- Radiologi (P 32)
- Atbilstošo specialitāšu rezidenti
- Medicīnas studenti (kā informatīvs materiāls mācību procesā)

Ārstu pamatspecialitāšu un apakšspecialitāšu kodi atbilst 2016. gada 24. maija MK noteikumiem Nr.317.

## Saīsinājumi

CT	– datortomogrāfija
ECOG	– <i>Eastern Cooperative Oncology Group</i>
HPB	– hepatopankreatobiliārs
i/v	– intravenoza
MR	– magnētiskā rezonanse
PSKUS	– Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca
RAKUS LOC	– Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīcas Latvijas Onkoloģijas centrs

# Klīniskā ceļa shēma



## Klīniskā ceļa apraksts

### 0. Informācija pacientam

Ja ir simptomi vai pazīmes, kas var liecināt par aizkuņģa dziedzera vēža recidīvu (jostveidīgas sāpes vēderā, kas izstaro uz muguru, strauja novājināšanās, ādas dzelte, vēdera palielināšanās apjomā), jānododas pie ģimenes ārsta, kurš, izmantojot “dzeltenu koridoru”, nosūta uz izmeklējumiem un pie speciālista (ķirurga vai onkologa ķīmijterapeita): 1) Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīcas (RAKUS) Latvijas Onkoloģijas centrā (LOC), 2) P. Stradiņa klīniskās universitātes slimnīcā (PSKUS). Izmantojot “dzeltenu koridoru”, pacientam speciālista konsultācija jāsaņem 10 darba dienu laikā.

### 1. Pacients ar aizdomām par aizkuņģa dziedzera vēža recidīvu pie ģimenes ārsta vai dinamiskajā novērošanā

Pacienti ar sākotnēju I–III stadijas rezecējamu aizkuņģa dziedzera vēzi standarta ārstēšanas taktika ir radikāla operācija un ķīmijterapija. Pēc radikālas ārstēšanas pacients atrodas ārstējošā ķirurga vai onkologa ķīmijterapeita dinamiskajā novērošanā vienā no ārstniecības iestādēm, kas nodarbojas ar hepatopankreatobiliāro (HPB) audzēju multidisciplināru ārstēšanu un veic regulāras pārbaudes sakarā ar augsto recidīva un metastazēšanās risku.

Par iespējamu aizkuņģa dziedzera vēža progresiju – lokālu recidīvu vai metastāzēm – var liecināt šādas pacienta sūdzības:

- sāpes vēdera dobumā – epigastrijā – vai jostveidīgas ar izstarojumu uz muguru;
- pasliktināta apetīte, šķebšanās, svara zudums;
- progresējošs nespēks, dzelte;
- vēdera apjoma palielināšanās ascīta un intraabdominālo metastāžu dēļ.

Lokālu recidīvu vai metastāzes var atklāt, arī neesot simptomiem, – kontroles radioloģiskajos izmeklējumos vai kā gadījuma atradi, izmeklējot citu indikāciju dēļ.

**2. Recidīvs kā gadījuma atrade, veicot kontroles izmeklējumus.** Ja pacienta vispārējais stāvoklis ir stabils (ECOG 0–2) un recidīvs ir atklāts kontroles izmeklējumos vai kā gadījuma atrade, tad ģimenes ārsts, izmantojot “dzeltenu koridoru”, pacientu nosūta:

**2.a.** uz izmeklējumiem – CT krūškurvim un vēdera dobumam un mazajam iegurnim ar intravenozu kontrastvielu. Alternatīva metode ir MR izmeklējums, ja ir kontrindicēta CT. CT izmeklējums jāveic ar jodu saturošas i/v kontrastvielas ievadi. Nosūta noteikt pilnu asinsainu, veikt bioķīmijas analīzi (ja analīzes nav veiktas);

**2b.** pie speciālista vienā no divām ārstniecības iestādēm (RAKUS, PSKUS). Ja tiek konstatēts lokāls recidīvs vai metastāzes, pacients tiek nosūtīts pie sava ārstējošā ķirurga vai cita ķirurga, kas ir specializējies HPB audzēju ārstēšanā, vai ārstējošā onkologa, izmantojot “dzeltenu koridoru”. Ārstējošais ārsts nozīmē papildu radioloģiskos izmeklējumus un vēža marķieru līmeņa noteikšanu asinīs (CEA, CA19-9) un sagatavo dokumentus prezentēšanai multidisciplinārā konsīlijā. Konkrētais pacienta gadījums tiek izskatīts multidisciplinārā konsīlijā RAKUS LOC vai PSKUS, kur piedalās abdominālie ķirurgi, radiologi diagnosti, radiologi terapeiti, patologi un onkologi ķīmijterapeiti, kas ir specializējušies HPB audzēju ārstēšanā.

### **3. Neatliekams stāvoklis, kad ir nepieciešama stacionēšana**

Ja pacienta vispārējais stāvoklis ir strauji pasliktinājies un ir progresējoši simptomi (piemēram, dzelte, ileuss, ascīts), pacients neatliekami tiek stacionēts tuvākajā reģionālajā slimnīcā, lai koriģētu simptomus.

**3.a.** Stacionārā jāveic CT krūškurvim, vēdera dobumam un mazajam iegurnim ar intravenozu kontrastvielu. Alternatīva metode ir MR izmeklējums, ja CT ir kontrindicēta. CT izmeklējums jāveic ar jodu saturošas i/v kontrastvielas ievadi. Jānosaka vēža marķieri asinīs (CEA, CA19-9).

**3.b.** Pēc akūtā stāvokļa atrisināšanas, ja pacienta vispārējais stāvoklis ir stabils (ECOG 0–2), pacients tiek izrakstīts no stacionāra, un ģimenes ārsts, izmantojot “dzeltenu koridoru”, viņu nosūta pie speciālista. Ja tiek konstatēts lokāls recidīvs vai metastāzes, pacients tiek nosūtīts pie sava ārstējošā ķirurga vai cita ķirurga, kas ir specializējies HPB audzēju ārstēšanā, vai ārstējošā onkologa ķīmijterapeita, izmantojot “dzeltenu koridoru”. Ārstējošais ārsts nozīmē papildu radioloģiskos izmeklējumus un vēža marķieru līmeņa noteikšanu asinīs (CEA, CA19-9) un sagatavo dokumentus prezentēšanai multidisciplinārā konsīlijā.

Ja pacients ir akūti stacionēts slimnīcā, kurā iepriekš ir saņēmis ārstēšanu (ķirurģisko ārstēšanu un/vai ķīmijterapiju), tad pēc akūtā stāvokļa atrisināšanas ārstam ir jāsaazinās ar ārstējošo ārstu (ķirurgs vai onkologs ķīmijterapeits) un jāsaņem dokumenti multidisciplinārajam konsīlijam. Konkrētais pacienta gadījums tiek izskatīts multidisciplinārā onkoloģiskajā konsīlijā RAKUS LOC vai PSKUS, kur piedalās abdominālie ķirurgi, radiologi diagnosti, radiologi terapeiti, patologi un onkologi ķīmijterapeiti, kas ir specializējušies HPB audzēju ārstēšanā.

Aprakstītā rīcība simptomu progresijas un jaunu simptomu parādīšanās gadījumā neattiecas uz pacientiem, kam jau iepriekš multidisciplinārais konsīlijs ir lēmis par simptomātisku terapiju un/vai paliatīvu aprūpi. Šiem pacientiem jāturpina simptomātiska terapija dzīvesvietā.

#### **4. Multidisciplinārs konsīlijs pacientam ar onkoloģisku slimību**

Pacientu uz multidisciplināro konsīliju piesaka ārsts, pie kura pacients ir nonācis, izmantojot “dzelteno koridoru”, – ķirurgs, kas ir specializējies HPB audzēju ārstēšanā, vai onkologs ķīmijterapeits. Multidisciplinārajā konsīlijā piedalās onkologs ķīmijterapeits, radiologs terapeits, ķirurgs, kurš specializējies aizkuņģa dziedzera ķirurģijā, radiologs diagnostis, patologs, invazīvais radiologs un ārstējošais ārsts. Konsīlija mērķis ir lemt par tālāko terapijas taktiku atbilstoši izmeklējumu rezultātiem, pacienta vispārējam stāvoklim un prognozei.

Multidisciplinārais konsīlijs tiek organizēts arī pacientiem, kam nav veikti radioloģiskie izmeklējumi vispārējā smagā stāvokļa dēļ, bet pacients ir nosūtīts pie ķirurga vai onkologa ķīmijterapeita. Šādos gadījumos multidisciplinārais konsīlijs lemj par simptomātisku terapiju un paliatīvu aprūpi.

#### **5. Ārstēšana atbilstoši multidisciplinārā konsīlija lēmumam**

Aizkuņģa dziedzera vēža pretaudzēja ārstēšanas iespējas ir ķirurģiska operācija, staru terapija vai sistēmiska terapija (ķīmijterapija).

Atkārtoti operētiem pacientiem piecu gadu kopējā izdzīvotība var sasniegt 40%.

Ja tiek konstatēts lokoreģionāls recidīvs vai attālas metastāzes, tad ir apsverama atkārtota biopsijas veikšana un sekojoša pretvēža terapija (sistēmiskā terapija, staru terapija).

#### **6. Smags vispārējais stāvoklis – ECOG $\geq 3$**

Ja pacienta vispārējais stāvoklis ir smags – ECOG 3 (pacients dienas lielāko daļu – vairāk nekā 50% – pavada gultā un ir spējīgs veikt tikai ierobežotu pašaprūpi) vai ECOG 4 (pacients pilnībā piesaistīts gultai un nevar veikt nekādu pašaprūpi) –, tad tālāka izmeklēšana nav mērķtiecīga un pacientam indicēta simptomātiska terapija.

#### **7. Paliatīvā aprūpe un simptomātiska terapija**

Ja pacienta vispārējais stāvoklis ir smags (ECOG 3 vai ECOG 4), turpmāka izmeklēšana nav mērķtiecīga, jo tai nevarēs sekot specifiska pretaudzēja terapija. Šādos gadījumos ģimenes ārsts var nodrošināt perorālu vai intravenozu hidratācijas, antiemētiķu un pret sāpju terapiju. Pacientam un viņa radniekiem rekomendē vērsties pie paliatīvās aprūpes speciālista. Nosūtījumu izsniedz ģimenes ārsts.

Gadījumos, kad pacientam strauji progresē dzelte, vemšana ar dehidratāciju, ascīts un sāpju sindroms, pacientu nosūta uz neatliekamās medicīnas centru.

## Informācija par pakalpojumiem, kas tiek apmaksāti no valsts budžeta

Valsts apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus Ministru kabineta noteiktajā kārtībā un apjomā Latvijas Republikā var saņemt Pakalpojumu saņēmēju reģistrā reģistrētas personas. Pakalpojumus var saņemt, vēršoties ārstniecības iestādē, kura ir līgumattiecībās ar valsti (tas nozīmē, ka ārstniecības iestādei noslēgts līgums Nacionālo veselības dienestu par noteiktu valsts apmaksātu medicīnas pakalpojumu sniegšanu).

Ambulatorajās ārstniecības iestādēs var saņemt dažādus valsts apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus, piemēram, ārstu speciālistu konsultācijas, diagnostiskos izmeklējumus (ultrasonogrāfiju, datortomogrāfiju u.c.), medicīnisko rehabilitāciju, kā arī dienas stacionāra pakalpojumus un citus veselības aprūpes pakalpojumus. Atsevišķi ambulatorie pakalpojumi tiek nodrošināti arī ārstu speciālistu praksēs.

Ārstniecības iestādes, kas sniedz onkoloģiskos pakalpojumus arī stacionārā: Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca (RAKUS), Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca (PSKUS), Daugavpils reģionālā slimnīca, Liepājas reģionālā slimnīca.



## 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](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](http://www.radiologija.lv/userfiles/file/2018_ESUR10_LV.PDF)
3. Moletta L, Serafini S, Valmasoni M, et al. Surgery for recurrent pancreatic cancer: Is it effective? *Cancers (Basel)* 2019;11:991.
4. Serafini S, Sperti C, Friziero A, et al. Systematic review and meta-analysis of surgical treatment for isolated local recurrence of pancreatic cancer. *Cancers (Basel)* 2021;13:1277.
5. Conroy T, Hammel P, Hebbar M, et al. Unicancer GI PRODIGE 24/CCTG PA.6 trial: A multicenter international randomized phase III trial of adjuvant mFOLFIRINOX versus gemcitabine (gem) in patients with resected pancreatic ductal adenocarcinomas. *Journal of Clinical Oncology* 2018;36: LBA4001-LBA4001.
6. Postlewait LM, Ethun CG, Kooby DA, et al. Combination gemcitabine/cisplatin therapy and ERCC1 expression for resected pancreatic adenocarcinoma: Results of a Phase II prospective trial. *J Surg Oncol* 2016;114:336-341.
7. [nvd@vmnvd.gov.lv](mailto:nvd@vmnvd.gov.lv)

## Pielikumi

### Magnētiskās rezonanses izmeklējuma protokoli noteiktām ķermeņa daļām un/vai orgāniem

#### Vispārējie jautājumi:

MR izmeklējumus veic pēc ārsta nosūtījuma un 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 uzliktniem.

Izmeklējums tiek veikts ar speciālām katrai ķermeņa daļai paredzētām radiofrekvences spolēm.

Izmeklējums tiek veikts trīs savstarpēji perpendikulārās plaknēs: aksiālā (ax.), sagitālā (sag.), koronārā (cor.). Izmeklējumu veic, pacientam guļot horizontāli uz muguras (supinācijas pozīcijā), vai guļot 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:

1. Piecas stundas pirms vēdera dobuma MR izmeklējuma pacients nedrīkst ēst.

##### MR enterogrāfija:

1. Iepriekšējā dienā pirms izmeklējuma drīkst ēst šķidru pārtiku.
2. Lietot caurejas līdzekļus, lai iztīrītu zarnas no satura.
3. Iepriekšējā vakarā pirms izmeklējuma un no rīta veikt dziļas tīrošas resnās zarnas klizmas.

4. No rīta pirms izmeklējuma neēst un nedzert.
5. Pacientam jāierodas 2 stundas pirms izmeklējuma un jāizdzer 2 litri 2,5% mannitola šķīduma, lai piepildītu zarnu traktu.
6. 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:**

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

**Pārējo ķermeņa daļu izmeklējumiem speciāla sagatavošana nav nepieciešama!**

## 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>*

<b>Fiziskās aktivitātes statuss pēc Karnofska novērtējuma skalas</b>	<b>Pakāpe pēc Karnofska</b>	<b>Pakāpe pēc ECOG</b>	<b>Fiziskās aktivitātes statuss pēc ECOG novērtējuma skalas</b>
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 slim. 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