



NACIONĀLAIS
ATTĪSTĪBAS
PLĀNS 2020



EIROPAS SAVIENĪBA
Eiropas Sociālais
fonds

IEGULDĪJUMS TAVĀ NĀKOTNĒ

Eiropas Sociālā fonda projekts Nr.9.2.3.0/15//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

Aknas, žultsceļi un žultspūslis

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
Informācija par pakalpojumiem, kas tiek apmaksāti no valsts budžeta.....	8
Atsauces	10
Pielikumi.....	11
Magnētiskās rezonanses izmeklējuma protokoli noteiktām ķermeņa daļām un/vai orgāniem...	11
Vēža pacientu fiziskās aktivitātes statusa novērtēšana pēc Karnofska un ECOG kritērijiem	13

Ievads

Biežāk sastopamie aknu audzēju veidi ir hepatocelulārā karcinoma (HCC) un holangiokarcinoma, kas savukārt apvieno tādus audzējus kā intrahepatiskā un ekstrahepatiskā holangiokarcinoma un žultspūšļa vēzis.

HCC galvenie riska faktori ir B un C vīrushepatīts, aknu ciroze. Radikāla ķirurģiska operācija ir viens no ārstēšanas veidiem, kas pagarina pacienta dzīvildzi, tomēr recidīva risks ir augsts – 47–75% pacientu novēro atkārtotu HCC vai recidīvu divu gadu laikā pēc operācijas.

Žultspūšļa vēzis ir biežāk sastopamais holangiokarcinomas veids, galvenais riska faktors ir žultsakmeņu slimība. Prognoze pacientiem ar lokāli izplatītu žultspūšļa vēzi ir slikta – pēc ķirurģiskas ārstēšanas vidējā dzīvildze ir tikai 12–17 mēneši, bet pacientiem ar I stadijas audzēju pēc radikālas operācijas 5 gadu bezrecidīva izdzīvotība sasniedz 47%.

Pacientiem ar ekstrahepatisku holangiokarcinomu pēc radikālas ķirurģiskas operācijas 5 gadu izdzīvotība sasniedz 42–52% atkarībā no audzēja lokalizācijas (aknu vārtu audzējs vai distāla holangiokarcinoma).

Pacientam ar iepriekš ķirurģiski ārstētu HCC, žultsceļu vai žultspūšļa vēzi būtu jāatrodas stingrā ķirurga, onkologa ķīmijterapieta vai ģimenes ārsta uzraudzībā sakarā ar augsto recidīva risku.

Klīniskā ceļa lietotāju mērķa grupa:

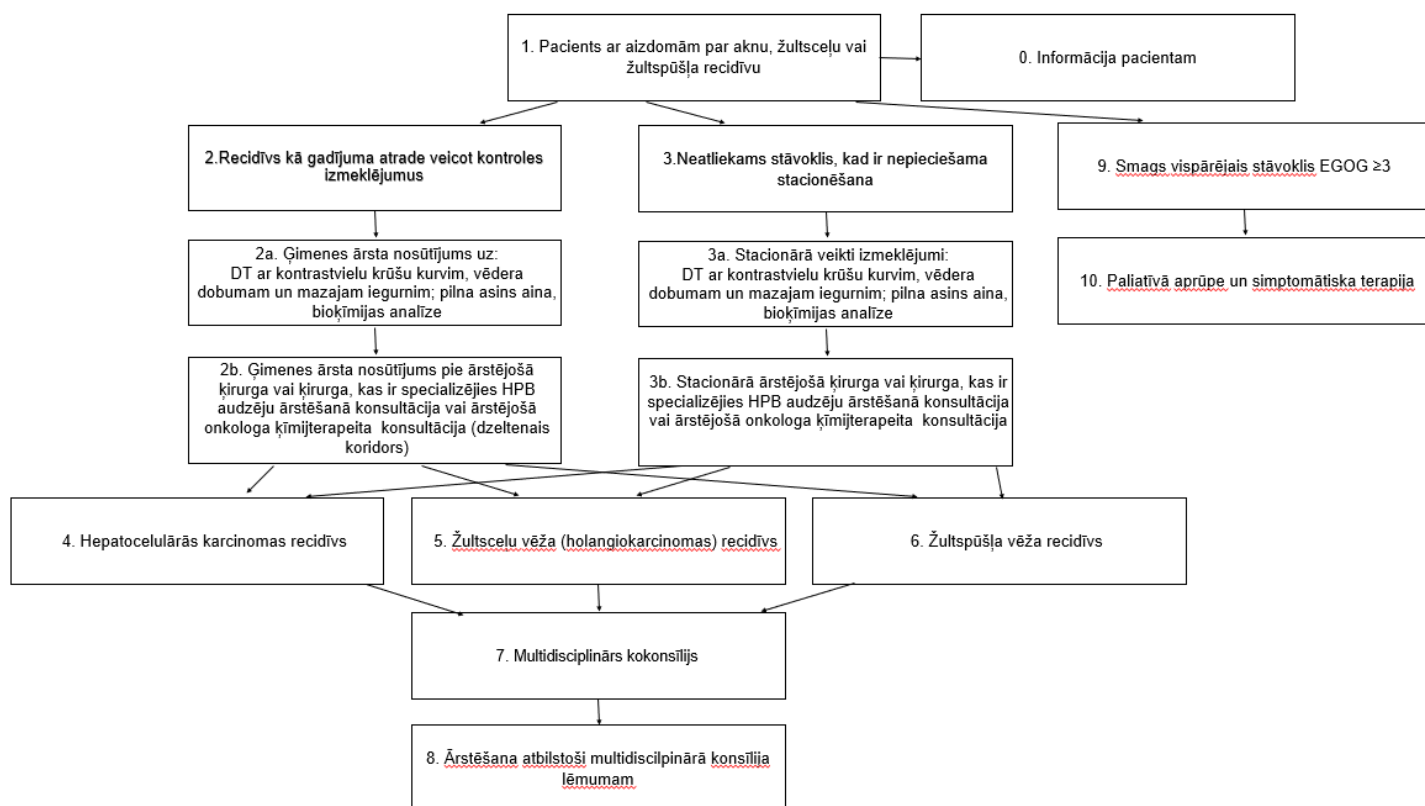
- Ķirurgi (P 03)
- Hepatologi (PP 02)
- Infektologi (P 24)
- Gastroenterologi (P 60)
- Ģimenes (vispārējās prakses) ārsti (P 02)
- Onkologi ķīmijterapieti (P 16)
- Radiologi terapieti (P 31)
- Radiologi (P 32)
- Atbilstošo specialitāšu rezidenti
- Medicīnas studenti (kā informatīvs materiāls mācību procesā)

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

Saīsinājumi

CT	– datortomogrāfija
ECOG	– <i>Eastern Cooperative Oncology Group</i>
HCC	– hepatocelulārā karcinoma
i/v	– intravenoza
MR	– magnētiskā rezonanse
PSKUS	– Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca
RAKUS	– Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca

Klīniskā ceļa shēma



0. Informācija pacientam

Ja ir simptomi vai pazīmes, kas var liecināt par aknu audzēja recidīvu (sāpes vēdera dobumā – epigastrijā – labajā pusē; pasliktināta apetīte, šķebcināšana, svara zudums; progresējošs nespēks; dzelte; vēdera apjoma palielināšanās ascīta un intraabdominālo metastāžu dēļ), tad jānododas pie ģimenes ārsta, kas, izmantojot “dzeltenu koridoru”, nosūta uz izmeklējumiem un pie speciālista (ķirurga vai onkologa ķīmijterapeita): 1) Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīcas (RAKUS) Latvijas Onkoloģijas centrā, 2) P. Stradiņa klīniskajā universitātes slimnīcā (PSKUS). Izmantojot “dzeltenu koridoru”, speciālista konsultācija jāsaņem 10 darba dienu laikā.

1. Pacients ar aizdomām par aknu, žultsceļu vai žultspūšļa vēža recidīvu

Par iespējamu aknu, žultsceļu vai žultspūšļa vēža progresiju – lokālu recidīvu vai metastāzēm – var liecināt šādas pacienta sūdzības:

- sāpes vēdera dobumā – epigastrijā – labajā pusē;
- pasliktināta apetīte, šķebcināšana, svara zudums;
- progresējošs nespēks;
- dzelte;
- vēdera apjoma palielināšanās ascīta un intraabdominālo metastāžu dēļ.

Lokālu recidīvu vai metastāzes var atklāt arī bez simptomu klātbūtnes – kontroles radioloģiskajos izmeklējumos vai kā gadījuma atradi, veicot izmeklējumus citu indikāciju dēļ.

Ja pacienta vispārējais stāvoklis ir stabils (ECOG 0–2), tad, izmantojot “dzeltenu koridoru”, pacients jānosūta pie viņu ārstējošā ķirurga vai onkologa ķīmijterapeita. Ja pacienta vispārējais stāvoklis ir strauji pasliktinājies, tad rekomendē vērsties neatliekamās medicīnas centrā, vēlams, tajā stacionārā, kur pacients iepriekš ārstējies.

Aprakstītā rīcība simptomu progresijas un jaunu simptomu parādīšanās gadījumā neattiecas uz pacientiem, kuriem jau iepriekš multidisciplinārais konsīlijs ir lēmis par simptomātisku terapiju un/vai paliatīvu aprūpi.

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:

2.a. nosūta uz izmeklējumiem – CT krūškurvim, vēdera dobumam un mazajam iegurnim ar intravenozu kontrastvielu. Alternatīva metode ir MR, ja CT ir kontrindicēta. CT izmeklējums jāveic ar jodu saturošas kontrastvielas i/v ievadī. Nosūta noteikt pilnu asinsainu un veikt bioķīmisko analīzi (ja tā nav veikta).

2.b. nosūta pie speciālista vienā no divām ārstniecības iestādēm (RAKUS, PSKUS). Ja tiek konstatēts lokāls recidīvs vai metastāzes, izmantojot “dzeltenu koridoru”, pacients tiek nosūtīts pie sava ārstējošā ķirurga vai cita ķirurga, kas ir specializējies hepatobiliāro audzēju ārstēšanā, vai ārstējošā onkologa ķīmijterapieta. Ārstējošais ārsts nozīmē papildu radioloģiskos izmeklējumus un vēža marķieru līmeņa noteikšanu asinīs (CEA, CA19-9, alfa fetoproteīns – AFP) un sagatavo dokumentus prezentēšanai multidisciplinārā konsīlijā. Konkrētais pacienta gadījums tiek izskatīts multidisciplinārā konsīlijā RAKUS Latvijas Onkoloģijas centrā vai PSKUS, kur piedalās abdominālie ķirurģi, radiologi diagnosti, radiologi terapieti, patologi un onkologi ķīmijterapieti, kas ir specializējušies hepatobiliāro audzēju ārstēšanā.

3. Neatliekams stāvoklis, kad ir nepieciešama stacionēšana

Ja pacienta vispārējais stāvoklis ir strauji pasliktinājies un ir progresējoši simptomi (piemēram, dzelte, ascīts, asiņošana), tad 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, ja CT ir kontrindicēta. CT izmeklējums jāveic ar jodu saturošas kontrastvielas i/v ievadi. Jānosaka vēža marķieri asinīs (CEA, CA19-9, alfa fetoproteīns (AFP)).

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

Ja pacients ir stacionēts slimnīcā, kurā iepriekš ir saņēmis ārstēšanu (ķirurģisko ārstēšanu, transarteriālo ķīmijembolizāciju un/vai sistēmisko terapiju), tad pēc akūtā stāvokļa atrisināšanas ārstējošajam ārstam ir jāsažinās ar ārstējošo ārstu (ķirurgu vai onkologu ķīmijterapietu) un jāsažinās dokumenti multidisciplinārajam konsīlijam. Konkrētais pacienta gadījums tiek izskatīts multidisciplinārā konsīlijā RAKUS Latvijas Onkoloģijas centrā vai PSKUS, kur piedalās abdominālie ķirurģi, radiologi diagnosti, radiologi terapieti, patologi un onkologi ķīmijterapieti, kas ir specializējušies hepatobiliāro audzēju ārstēšanā.

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

4. Hepatocelulārās karcinomas recidīvs

Recidīvs tiek diagnosticēts CT vai MR. Lokāla recidīva gadījumā novēro jaunus audzēja perēkļus operācijas ložā vai citur aknu parenhīmā. Hepatocelulārā karcinoma var izplatīties arī aknu vārtu limfmezglos, retroperitoneālajos limfmezglos, kaulos, plaušās. Progresējot cirozei, kas bieži ir HCC cēlonis, pieaug portālās hipertensijas aina, rodas ascīts, varikozas vēnas barības vadā, kuņģī ar asiņošanas risku, aknu mazspēja. Audzēja progresijas gadījumā var būt paaugstināts alfa fetoproteīna (AFP) daudzums asinīs.

5. Žultsceļu vēža (holangiokarcinomas) recidīvs

Žultsceļu vēža (holangiokarcinomas) recidīvs tiek diagnosticēts CT vai MR. Lokālā recidīva gadījumā novēro audzēja augšanu operācijas ložā, aknās, retroperitoneālajā telpā, vēderplēvē, aknu vārtu limfmezglos. Recidīva gadījumā var būt šāda klīniskā aina – progresējošas sāpes, svara zudums, dzelte holestāzes dēļ, ascīts. Audzēja progresijas gadījumā var būt paaugstināts CEA un/vai CA19-9 daudzums asinīs.

6. Žultspūšļa vēža recidīvs

Žultspūšļa vēža recidīvs tiek diagnosticēts CT vai MR. Žultspūšļa vēža gadījumā biežākā recidīva vieta ir žultspūšļa operācijas loža vai aknas, bet attālo metastāžu lokalizācija ir plaušas, aknas, vēderplēve, vēdera dobuma un videnes limfmezgli.

Žultspūšļa vēža gadījumā var būt ascīts, kura cēlonis ir peritoneāla vēža izplatība, kā arī progresējošas sāpes, svara zudums, šķebinašana un vemšana, kuņģa un zarnu trakta asiņošana portālās hipertensijas dēļ, dzelte holestāzes dēļ. Audzēja progresijas gadījumā var būt paaugstināts CEA un/vai CA19-9 daudzums asinīs.

7. Multidisciplinārs konsīlijs pacientam ar onkoloģisku diagnozi

Pacientu uz multidisciplināro konsīliju piesaka ārsts, pie kura pacients ir nonācis, izmantojot “dzelteno koridoru”. Multidisciplinārajā konsīlijā piedalās onkologs ķīmijterapeits, radiologs terapeits, ķirurgs, kas specializējies aknu ķirurģijā, radiologs diagnost, patologs, invazīvais radiologs un ārstējošais ārsts. Multidisciplinārā 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.

8. Ārstēšana atbilstoši multidisciplinārā konsīlija lēmumam

Aknu, žultsceļu vai žultspūšļa vēža pretaudzēja ārstēšanas iespējas ir ķirurģiska operācija, lokālā terapija (radiofrekvences vai mikroviļņu ablācija, transarteriāla ķīmijembolizācija, stereotakses staru terapija) vai sistēmiska terapija (mērķterapija vai ķīmijterapija).

9. Smags vispārējais stāvoklis – ECOG ≥ 3

Ja pacienta vispārējais stāvoklis ir smags – ECOG 3 (pacients dienas lielāko daļu – vairāk nekā 50% – pavada gultā un 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.

10. 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, antiemētisko līdzekļu un pretsāpju 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, akūta gastrointestināla asiņošana 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, vērstoties ārstniecības iestādē, kura ir līgumattiecībās ar valsti (tas nozīmē, ka ārstniecības iestādei ir noslēgts līgums ar 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
2. Kontrastvielu lietošanas vadlīnijas. Eiropas Uroģenitālās radioloģijas biedrība. http://www.radiologija.lv/userfiles/file/2018_ESUR10_LV.PDF
3. Sumie S, Nakashima O, Okuda K, Kuromatsu R, Kawaguchi A, Nakano M, Satani M, Yamada S, Okamura S, Hori M, Kakuma T, Torimura T, Sata M. The significance of classifying microvascular invasion in patients with hepatocellular carcinoma. *Ann Surg Oncol*. 2014 Mar;21(3):1002-9. doi: 10.1245/s10434-013-3376-9.
4. Murakami Y, Uemura K, Sudo T, Hashimoto Y, Nakashima A, Kondo N, Sakabe R, Ohge H, Sueda T. Prognostic factors after surgical resection for intrahepatic, hilar, and distal cholangiocarcinoma. *Ann Surg Oncol*. 2011 Mar;18(3):651-8. doi: 10.1245/s10434-010-1325-4.
5. Akamatsu N, Sugawara Y, Hashimoto D. Surgical strategy for bile duct cancer: Advances and current limitations. *World J Clin Oncol*. 2011 Feb 10;2(2):94-107. doi: 10.5306/wjco.v2.i2.94.
6. Duffy A, Capanu M, Abou-Alfa GK, Huitzil D, Jarnagin W, Fong Y, D'Angelica M, Dematteo RP, Blumgart LH, O'Reilly EM. Gallbladder cancer (GBC): 10-year experience at Memorial Sloan-Kettering Cancer Centre (MSKCC). *J Surg Oncol*. 2008 Dec 1;98(7):485-9. doi: 10.1002/jso.21141
7. Vega EA, Newhook TE, Kawaguchi Y, Qiao W, De Bellis M, Okuno M, Panettieri E, Nishino H, Duwe G, Piccino M, De Rose AM, Ruzzenente A, Uemoto S, Vivanco M, Chun YS, Cao HST, Tzeng CD, De Aretxabala X, Seo S, Giuliantie F, Guglielmi A, Vinuela E, Vauthey JN. Conditional Recurrence-Free Survival after Oncologic Extended Resection for Gallbladder Cancer: An International Multicenter Analysis. *Ann Surg Oncol*. 2021 May;28(5):2675-2682. doi: 10.1245/s10434-021-09626-3
8. nvd@vmnvd.gov.lv

Pielikumi

Magnētiskās rezonanses izmeklēšanas 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 uzliktņiem.

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).

Pacienti 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 satūra.

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>*

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