

- Eldar-Geva T., Meirow D.: BRCA mutation carriers show normal ovarian response in vitro fertilization cycles. *Fertil Steril* 2015; 104(5): 1162–1167.
36. Lambertini M., Goldrat O., Ferreira A.R., Dechene J., Azim H.A. Jr, Desir J., Delbaere A., t'Kint de Roodenbeke M.D., de Azambuja E., Ignatiadis M., Demenuetere I.: Reproductive potential and performance of fertility preservation strategies in BRCA-mutated breast cancer patients. *Ann Oncol*. 2018; 29(1): 237–243.
 37. Gunnala V., Fields J., Irani M., D'Angelo D., Xu K., Schattman G.: BRCA carriers have similar reproductive potential at baseline to noncarriers: comparisons in cancer and cancer-free cohorts undergoing fertility preservation. *Fertil Steril* 2019, 111(2): 363–371.
 38. Buonomo B., Massarotti C., Dellino M., Anserini P., Ferrari A., Campanella M., Magnotti M., De Stefano C., Peccatori F.A., Lambertini M.: Reproductive issues in carriers of germline pathogenic variants in the BRCA1/2 genes: an expert meeting. *BMC Medicine* 2021, 19: 205.
 39. Condorelli M., Bruzzone M., Ceppi M., Ferrari A., Grinshpun A., Hamy A.S., de Azambuja E., Carrasco E., Peccatori F.A., Di Meglio A., Paluch-Shimon S., Poortveld P.D., Venturelli M., Rousset-Jablonski C., Seneschal C., Livraghi L., Ponzone R., De Marchis L., Pogoda K., Sonnenblick A., Villarreal-Garza C., Córdoba O., Teixeira L., Clatot F., Punie K., Grafeo R., Dieci M.V., Pérez-Fidalgo J.A., Duhoux F.P., Puglisi F., Ferreira A.R., Blondeaux E., Peretz-Yablonski T., Caron O., Saule C., Ameye L., Balmáña J., Partridge A.H., Azim H.A., Demenuetere I., Lambertini M.: Safety of assisted reproductive techniques in young women harboring germline pathogenic variants in BRCA1/2 with a pregnancy after prior history of breast cancer. *ESMO Open* 2021, 11(6): 100300.
 40. Valentini A., Lubinski J., Byrski T., Ghadirian P., Moller P., Lynch H.T., Ainsworth P., Neuhausen S.L., Weitzel J., Singer C.F., Olopade O.I., Saal H., Lyonnet D.S., Foulkes W.D., Kim-Sing C., Manoukian S., Zakalik D., Arnel S., Senter L., Eng C., Grunfeld E., Chiarelli A.M., Poll A., Sun P., Nard S.A., Hereditary Breast Cancer Clinical Study Group: The impact of pregnancy on breast cancer survival in women who carry a BRCA1 or BRCA2 mutation. *Breast Cancer Res Treat* 2013, 142(1): 177–185.
 41. Vukovic P., Peccatori F.A., Massarotti C., Miralles M.S., Beketic-Oreskovic L., Lambertini M.: Preimplantation genetic testing for carriers of BRCA1/2 pathogenic variants. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2021, 157: 103201.
 42. Heijligers M., Peeters A., van Montfoort A., Nijsten J., Janssen E., Gunnewiek F.K., de Rooy R., van Golde R., Coonen E., Meijer-Hoogeveen M., Broekmans F., van der Hoeven M., Arens Y., de Die-Smulders C.: Growth, health, and motor development of 5-year-old children born after preimplantation genetic diagnosis. *Fertil Steril* 2019, 111(6): 1151–1158.
 43. Zhang W.Y., von Versen-Höynck F., Kappahn K.I., Fleischmann R.R., Zhao Q., Baker V.L.: Maternal and neonatal outcomes associated with trophectoderm biopsy. *Fertil Steril* 2019; 112(2): 283–290.e2.
 44. Wenhui H., Gaohui S., Yuanlin M., Yongxiang L., Manman L., Xiuli F., Yingyu S.: Impact of preimplantation genetic testing on obstetric and neonatal outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Fertil Steril* 2021, 116(4): 990–1000.
 45. Sankila R., Heinavaara S., Hakulinen T.: Survival of breast cancer patients after subsequent term pregnancy: "healthy mother effect". *Am J Obstet Gynecol* 1994, 170(3): 818–823.
 46. Petrek J.A.: Pregnancy safety after breast cancer. *Cancer* 1994, 74(1 Suppl): 528–531.
 47. Ives A., Saunders C.: Pregnancy after breast cancer: population-based study. *BMJ*, 2007, 334(7586): 194.
 48. Pagani O., Azim H.A.: Pregnancy after Breast Cancer: Myths and Facts. *Breast Care (Basel)* 2012, 7(3): 210–214.
 49. Azim H.A., Peccatori F.A., de Azambuja E.: Motherhood after breast cancer: searching for la dolce vita. *Expert Rev Anticancer Ther* 2011 Feb;11(2): 287–298.
 50. Lambertini M., Martel S., Campbell C., Guillaume S., Hilbers F.S., Schuehly U., Korde L., Azim Jr H.A., Di Cosimo S., Tenglin R.C., Huober J., Baselga J., Moreno-Aspitia A., Piccart-Gebhart M., Gelber R.D., Evandro de Azambuja E., Michael Ignatiadis M.: Pregnancies during and after trastuzumab and/or lapatinib in patients with human epidermal growth factor receptor 2-positive early breast cancer: Analysis from the NeoALTTO (BIG 1-06) and ALTTO (BIG 2-06) trials. *Cancer* 2019, 125(2): 307–316.
 51. Kwiatkowski F., Arbre M., Bidet Y., Laquet C., Uhrhammer N., Bignon Y.J.: BRCA Mutations Increase Fertility in Families at Hereditary Breast/Ovarian Cancer Risk. *PLoS One* 2015, 10(6): e0127363.
 52. Dolk H., Loane M., Garne E.: The prevalence of congenital anomalies in Europe. *Adv Exp Med Biol* 2010, 666: 349–364.
 53. Andersen A.M.N., Wohlfahrt J., Christens P., Olsen J., Melbye M.: Maternal age and fetal loss: population based register linkage study. *BMJ* 2000, 320(7251): 1708–1712.
 54. Feldkamp M.L., Carey J.C., Byrne J.L.B., Krikov S., Botto L.D.: Etiology and clinical presentation of birth defects: population based study. *BMJ* 2017, 357: j2249.
 55. Kwiatkowski F., Perthus L., Uhrhammer N., Francannet C., Arbre M., Bidet Y., Bignon Y.J.: Association between hereditary predisposition to common cancer and congenital malformations. *Congenit Anom (Kyoto)* 2020, 60(1): 22–31.
 56. Moslehi R., Signore C., Tamura D., Mills J.L., Digiovanna J.J., Tucker M.A., Troendle J., Ueda T., Boyle J., Khan S.G., Oh K.S., Goldstein A.M., Kraemer K.: Adverse effects of trichothiodystrophy DNA repair and transcription gene disorder on human fetal development. *Clin Genet* 2010, 77(4): 365–373.

Reabilitācijas pakalpojumu sanemšanas iekļaušanas un izslēgšanas kritēriji pacientiem ar onkoloģiskām slimībām

Anna Millere, fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārste, Nacionālais Rehabilitācijas centrs "Vaivari"

Dana Sviķe, fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārste, Nacionālais Rehabilitācijas centrs "Vaivari"

Anda Nulle, fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārste, ģimenes ārste, Nacionālā Rehabilitācijas centra "Vaivari" vadītāja, Latvijas ārstu rehabilitologu asociācijas prezidente

Autores pateicas konsultantiem: **Dr. med.**, RSU profesoram, RAKUS galvenajam speciālistam fizikālajā un rehabilitācijas medicīnā Alivaram Vētram, fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārste Guntai Kristapsonei, **Dr. med.**, fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārstei RSU profesorei Anitai Vētrai, **Dr. med.**, fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārstei RSU docentei Gunai Bēriņai, **Dr. med.**, onkoloģei ķīmijterapeitei Līgai Keišai-Kirsei

Jaundabīgie audzēji ir otrs biežākais nāves cēlonis Latvijas iedzīvotāju vidū, veidojot apmēram piekto daļu no visiem nāves cēloņiem (2019. g. – 22%, vecumā līdz 64 gadiem – 26%). Iк gadu 11 tūkstošiem Latvijas iedzīvotāju tiek diagnosticēts jaundabīgais audzējs, 6 tūkstoši iedzīvotāju ik gadu nomirst jaundabīgo audzēju dēļ. [18]

2017. gadā vīriešiem visbiežāk diagnostiķeja priekšķiedzera jaundabīgo audzēju (1286 gadījumi jeb 144,1 saslimušais uz 100 000 vīriešu). Tam seko bronhu un plaušu vēzis (849 gadījumi jeb 95,1 saslimušais uz 100 000 vīriešu), citi ādas jaundabīgie audzēji (neskaitot ādas melanomu) (567 gadījumi jeb 63,5 saslimušie uz 100 000 vīriešu) un zarnu vēzis (536 gadījumi jeb 60,0

saslimušie uz 100 000 vīriešu). [18]

Sievietēm 2017. gadā visbiežāk konstatēja krūts vēzi (1133 gadījumi jeb 107,9 saslimušās uz 100 000 sieviešu), kam sekoja citi ādas jaundabīgie audzēji (neskaitot ādas melanomu) – 896 gadījumi jeb 85,4 saslimušās uz 100 000 un kolorektālais vēzis (595 gadījumi jeb 56,7 saslimušās uz 100 000). [18]

Agrīna vēža atklāšana ir viens no būtiskākajiem faktoriem veselības atgušanā. Onkoloģisko slimību riska faktoru mazināšana, agrīna diagnostiska, savlaicīga un efektīva ārstēšana, kā arī atbilstoša dinamiskā novēršana un rehabilitācija ir pamatprincipi, kas jānodrošina, lai mazinātu slimības negatīvo ietekmi uz individu veselību un dzīves kvalitāti, mazinot komplikāciju risku un novērot prieķaļaīgu nāvi. [11]

Pacienti ar onkoloģiskām slimībām piedzīvo gan fiziskus, gan emocionālus traucējumus, ko izraisa pati onkoloģiskā slimība un ar tās ārstēšanu saistītās komplikācijas. Pacientiem ar audzēja diagnozi var rasties funkcionēšanas traucējumi, kas ietekmē ve-

selību, dzīves kvalitāti un darba spējas. [16]

Biežākie medicīniskie stāvokļi, kas var attīstīties audzēja ārstēšanās laikā:

- sāpes (neiropātiskas un somatiskas);
- limfedēma;
- kognitīvo funkciju traucējumi (atmiņas, domāšanas traucējumi);
- ātra nogurdināmība;
- muskuloskeletālās problēmas (pēcoperāciju kontraktūras, muskuļu disbalanss, lokēķu garuma izmaiņas);
- parēzes;
- traucksme;
- miega traucējumi;
- depresija;
- mazā iegurņa orgānu darbības traucējumi;
- svara izmaiņas;
- komunikācijas traucējumi (saprtnes un runas grūtības, balss izmaiņas);
- disfāgija;
- polineiropātijas;
- seksuālās veselības traucējumi. [16]

Šie funkcionēšanas traucējumi ietekmē:

- cilvēka spēju atgriezties darbā;
- cilvēka sociālo stāvokli;
- dzīves kvalitāti;
- izdzīvošanas iespēju pēc saslimšanas.

Āoti būtiskas ir arī sociālas problēmas – sociālo pakalpojumu pieejamība, medicīnas speciālistu pieejamība, piedeīgo atbalsts.

Iepriekš minētos medicīniskos stāvokļus un sociālās problēmas iespējams risināt ar rehabilitācijas intervencēm – gan iesaistot funkcionālos speciālistus (fizioterapeitu, ergoterapeitu, audiologopēdu) un citus rehabilitācijas speciālistus (sociālo darbinieku, klinisko psihologu), gan medikamentozu terapiju un fiziķālās medicīnas metodes.

Lai gan pētījumu skaits par rehabilitācijas novīmību un efektu onkoloģiskiem pacientiem arvien pieaug, tomēr rehabilitācija vēl ar vien Latvijā ir maz novērtēta.

Lai pēc iespējas ātrāk pacients varētu atgriezties ikdienas darbā, pēc specifiskās terapijas svarīgi saņemt psihomencionālu atbalstu, sociālu atbalstu, kā arī rehabilitāciju atbilstoši vispārējam stāvoklim. [6,16] Neatkarīgi no tā, vai rehabilitācija ir vai nav uzsākta akutā periodā uzturēšanās laikā stacionārā, pirms izrakstišanas visiem pacientiem jāveic funkcionēšanas spēju un rehabilitācijas nepieciešamības novērtējums.

Rehabilitācija ir vērsta uz dzīves kvalitātes optimizēšanu un funkciju maksimizēšanu pacientiem ar onkoloģiskām slimībām. Rehabilitācijai ir būtiska nozīme daudzu ar audzē-

ju saistītu traucējumu un invaliditātes mazināšanā vai likvidēšanā. [14]

Tiek sagaidīts, ka, ievērojot skaidri definētos iekļaušanas un izslēgšanas kritērijus, multidisciplinārai rehabilitācijai un pacientiem ar onkoloģiskām slimībām samazināšies kopējais ārstēšanās laiks un nepieciešamās ārstēšanās izmaksas, kā arī mazināsies invaliditātes attīstības risks, akūtas un vēlīnas komplikācijas. [6,16]

Rehabilitācijas definīcijas un mērķi

Atbilstoši Pasaules Veselības organizācijas definīcijai rehabilitācija ir pasākumu kopums, kas palīdz cilvēkam ar invaliditāti (nespēju) vai tās risku sasniegt vai uzturēt optimālu funkcionēšanu mijiedarbībā ar šī cilvēka vidi. [21] Funkcionēšana ir visaptverošs termins, kas ietver ķermeņa funkcijas, aktivitātes un daļību. [10]

Fizikālā un rehabilitācijas medicīna ir pirmā medicīnas specialitāte, kas atbildīga par profilaksi, medicīnisko diagnozi, ārstēšanu un rehabilitācijas tehnoloģiju izmantošanu personām ar invaliditāti (nespēju) izraisošām slimībām un to blakusslimībām jebkurā veicumā. Šī specialitāte specifiski ir vērsta uz bojājumu un aktivitāšu ierobežojumu mazināšanu, lai uzlabotu personas fizisko un kognitīvo funkcionēšanu un līdzdalību, t.sk. dzīves kvalitāti, kā arī modificētu personālos un vides faktorus. [5]

Rehabilitācijas iznākumi

Funkcionēšanas traucējumu mazināšanās tiem, kas saņēmuši rehabilitāciju, šo pacientu iekļaušanās sabiedrībā, atgriešanās darba tirgū un nākotnē zemākas veselības aprūpes izmaksas. [21]

Onkoloģiskās rehabilitācijas klasifikācija

Klasifikācija atbilstoši onkoloģisko pacientu fiziskām un individuālām vajadzībām, ko iedala četrās kategorijās:

- profilaktiskā;
- atjaunojošā;
- atbalstošā;
- paliatīvā [4,9,12]

1. Profilaktiskā rehabilitācija jeb prehabilitācija

Vēža prehabilitācija ir nepārtrauktas aprūpes process, kas ilgst no vēža diagnozes no-

teikšanas līdz akutās ārstēšanas sākumam, ietver fizisko un psiholoģisko novērtējumu, nosaka funkcionālo sākotnējo līmeni, identificē traucējumus, kas lauj plānot mērķtiecīgas intervences funkcionēšanas uzlabošanai. [12]

Iejaukšanās, kas mazina sagaidāmo invaliditāti. Rehabilitācijas metodes, kas vērstas uz to, lai aizkavētu un mazinātu iespējamos funkcionālos ierobežojumus, kas var attīstīties audzēja ārstēšanas laikā. [2]

2. Atjaunojošā rehabilitācija

Iejaukšanās, kas vērsta uz to, lai atgrieztu pacientu iepriekšējos fiziskās, psiholoģiskās, sociālās un profesionālās darbības līmeņos. Līdz ar to tiek strādāts, lai palielinātu neatkarības līmeni un maksimāli atjaunotu funkcionēšanu pacientiem ar funkciiju ierobežojumiem. [2]

3. Atbalsta rehabilitācija

Paredzēta, lai saglabātu pacienta esošo funkcionālo stāvokli ar jau esošiem ierobežojumiem, nespēju, tik ilgi, cik iespējams, paredzot, ka tas lēnām pasliktināsies, slimībai progresējot. Ietver arī komplikāciju profilaksi (kontraktūru un izgulējumu profilakse, aizcieņumu, malnutričiju, pneimoniju attīstības riska mazināšana). Funkcionēšanas uzlabojumi nav sagaidāmi. [2]

4. Paliatīvā rehabilitācija

Iedrošina pacientus arī terminālajā stadijā būt fiziski, psiholoģiski un sociāli pietiekami neatkarīgiem ikdienas aktivitātēs un ar augstu dzīves kvalitāti, vienlaikus ievērojot viņu vēlmes. Rehabilitācija šajā stadijā ir vērsta uz komplikāciju mazināšanu vai novēršanu, kā arī uz komfortu, atbalstu un ciešanu mazināšanu. [13] Tieki strādāts, lai atvieglotu simptomus, piemēram, sāpes, aizdusu un mazinātu tūsku, kā arī veiktu kontraktūru un izgulējumu profilaksi, izmantojot pozicionēšanu, elpošanas vingrojumus, relaksāciju vai rekomendētu atbilstošus tehniskos palīglīdzekļus ikdienas aktivitāšu atvieglošanai. Funkcionēšanas uzlabojumi nav sagaidāmi. [2]

Dokumenta nepieciešamības pamatojums

Rehabilitācija ir viena no sešām galvenajām veselības stratēģijām. [17] Rehabilitācijai ir nozīmīga loma visos veselības aprūpes pakalpojumu līmeņos. Izšķir akutās,

subakūtās un ilgtermiņa rehabilitācijas pakalpojumus. Atlase šo pakalpojumu saņemšanai būtu jāorganizē tā, lai nodrošinātu nepārtrauktību visu ārstēšanas laiku.

Rehabilitācijai ir svarīga loma visās medicīnās specialitātēs, tai skaitā onkoloģijas specjalitātē. Latvijā līdz šim nav bijuši skaidri definēti atlases kritēriji medicīniskās rehabilitācijas saņemšanai pacientiem ar onkoloģiskām slimībām. Kritēriji ir nepieciešami, lai vienas iedzīvotāju grupas, kurām nepieciešama medicīniskā rehabilitācija, saņemtu to pēc vienādiem nosacījumiem.

Mērķis

Izstrādāt rehabilitācijas kritērijus pacientiem ar onkoloģiskām slimībām, tādējādi uzlabojot veselības aprūpes profesionāļu un pacientu zināšanas par rehabilitācijas pakalpojuma daudzveidību un indikācijām.

Mērķa grupas:

- ārsti speciālisti: fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsti (FRMĀ), onkologi ķīmijterapeiti, arodveselības un arodslimību ārsti, citi ārsti speciālisti;
- ģimenes ārsti;
- funkcionālie speciālisti;
- medicīnās māsas un ārstniecības atbalsta personas;
- kliniskie un veselības psihologi.

Tvērums

Šīs rekomendācijas attiecas uz valsts apmaksātu medicīnisko rehabilitāciju Latvijas

medicīnas sistēmas ietvarā. Kārtību, kādā tiek nodrošināti medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumi Latvijā, nosaka Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumi Nr. 555 "Veselības aprūpes un finansēšanas kārtība".

Medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu veidi un sniegšanas kārtība

Medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu mērķis ir nodrošināt personām ar noteiktām funkcīnēšanas ierobežojumiem šo ierobežojumu mazināšanu vai novēšanu, kā arī komplikāciju riska novērtēšanu un mazināšanu. [MK not. Nr.555, 2018]

Pacients ar onkoloģisku slimību var vērsties pie:

- ģimenes ārsta vai ārsta speciālista;
- FRM ārsta ar ģimenes ārsta vai ārsta speciālista nosūtījumu.
- Ģimenes ārsts vai ārsts speciālists var nosūtīt pacientu līdz piecām reizēm pie funkcionālā speciālista, aizpildot veidlapu Nr. 027/u, ja:
- atbilstoši Ministru kabineta noteikumu Nr. 555 punktam 104.4. ir noteikts funkcionēšanas ierobežojums vienā funkcionēšanas domēnā (komunikācija, pārvietošanās, pašaprūpe) atbilstoši Starptautiskajai funkcionēšanas, nespējas un veselības klasifikācijai (SFK), un ir paredzams, ka funkcionēšanas ierobežojums mazināsies, apmeklējot funkcionālo speciālistu līdz piecām reizēm;

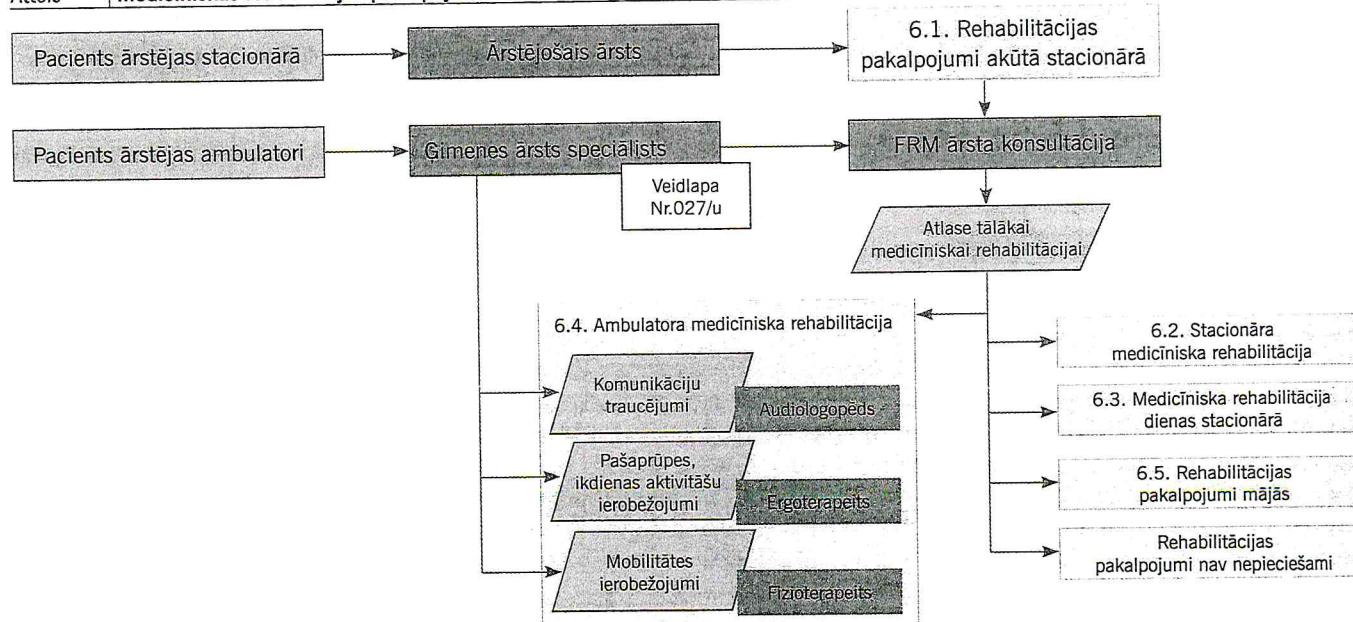
■ ārstniecības iestādē/regionā nav pieejams fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsts, tad funkcionālais speciālists var uzsākt rehabilitāciju ar ģimenes ārsta vai ārsta – speciālista nosūtījumu.

Funkcionālais speciālists, atbilstoši savai kompetencēi, novērtē pacientu pirms un pēc nodarībību uzsākšanas. Ja pēc piecām nodarībībām funkcionālā speciālista vadībā ir vērojama pozitīva dinamika un funkcionālā speciālista izvirzītie mērķi ir sasniegti, tad kursu neturpina. Ja mērķi nav sasniegti, vai arī –, ja kurss netiek turpināts, jo mērķi sasniegti, funkcionālais speciālists sniedz atgriezenisko saiti (veidlapa Nr. 027/u) par pacienta terapijas rezultātiem ģimenes ārstam vai ārstarā – speciālistam, kurš pacientu nosūtījis, un tas iemj par nosūtīšanu pie FRM ārsta rehabilitācijas pasākumu turpināšanai.

Ja pacientam ir funkcionēšanas ierobežojumi vismaz divos funkcionēšanas domēnos atbilstoši SFK, ġimenes ārsts vai ārsts – speciālists nosūta pacientu pie FRM ārsta. Konsultācijā pie FRM ārsta, tiek vērtēts pacienta medicīniskais stāvoklis, motivācija medicīniskai rehabilitācijai, tāpat arī novērtēti pacienta funkcionēšanas ierobežojumi atbilstoši SFK, tādējādi nosakot atbilstošāko rehabilitācijas pakalpojuma saņemšanas veidu un – nemot vērā, ka medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus var saņemt ambulatorā ārstniecības iestādē, dienas stacionārā un stacionārā ārstniecības iestādē. [MK noteikumi Nr.555]

Ja pacientam nepieciešami medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumi, pēc izrakstišanās

Attēls | Medicīniskās reabilitācijas pakalpojumu veidi un sniegšanas kārtība



no stacionārās ārstniecības iestādes, tad:

- tiek piesaistīts FRM ārsts, kas atbilstoši Ministru kabineta noteikumiem Nr.555 izstrādā rehabilitācijas plānu medicīniskās rehabilitācijas saņemšanai;
- ja stacionārā nav FRM ārsta, tiek sniegtā ārstējošā ārsta rekomendācija par turpmākās medicīniskās rehabilitācijas nepieciešamību, aprakstot stacionārā uzsāktos rehabilitāciju.

Definīcijas un atlases kritēriji ir balstīti uz Eiropas Fizikālās un rehabilitācijas medicīnas organizāciju apvienības (*European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance*) izstrādāto Balto grāmatu fizikālās un rehabilitācijas medicīnai Eiropā (*The White Book of Physical and Rehabilitation Medicine in Europe*). [5]

Reabilitācija akūtās ārstniecības iestādē

Zemas vai mērenas intensitātes rehabilitācijai akūtās stacionēšanas laikā (0,5-1,5 stundas dienā, mono-/multiprofesionāla komandas darba veidā), kur pacienta ārstējošais ārsts ir jebkuras specialitātes ārsts, izņemot FRM ārstu.

Reabilitācijai akūtās ārstēšanas iestādē ir šādi uzdevumi:

- komplikāciju profilakse;
- funkcionēšanas traucējumu novērtēšana un mazināšana;
- atlase tālākai rehabilitācijai/izrakstīšanās plānošana;
- tehnisko palīglīdzekļu izrakstīšana;
- pacienta un viņa ģimenes locekļu izglītošana pacienta funkcionēšanas saglabāšanai/uzlabošanai, pacientam izrakstoties no stacionāra.

Iekļaušanas kritēriji rehabilitācijai akūtās ārstēšanas iestādē ir:

- visiem pacientiem, kuri stacionēti ar akūtu epizodi, tiek veikts skrīnings funkcionēšanas traucējumu novērtēšanai un atlase turpmāku rehabilitācijas pakalpojumu plānošanai;
- ja paciens ir medicīniski stabils un tam ir funkcionēšanas traucējumi, ne vēlāk kā 24 stundas pēc stacionēšanas paciens saņem rehabilitācijas terapiju.

Stacionāra medicīniska rehabilitācija

Augstas intensitātes (vismaz 3-6 stundas dienā) multiprofesionāls un multidisciplinārs pakalpojums, ko nodrošina rehabilitācijas

vienība rehabilitācijas centrā, kur pacienta ārstējošais ārsts ir FRM ārsts. Laiks – līdz 6 mēnešiem no akūtās epizodes sākuma.

Stacionārā medicīniskā rehabilitācija ir multiprofesionāls rehabilitācijas pakalpojums, ko organizē multidisciplināra komanda, kuras vadītājs un pacienta ārstējošais ārsts ir FRM ārsts, tas ietver dažādu funkcionalo speciālistu individuālo darbu ar pacientu, izmantojot vismaz trīs dažādas medicīniskās tehnoloģijas. Subakūtas medicīniskās rehabilitācijas pakalpojums var būt ar mērenu intensitāti (2-3 stundas dienā) vai augstu intensitāti (3-4 stundas dienā) un tiek sniegtas ar mērķi – komplikāciju profilakse, funkcionēšanas traucējumu mazināšana vai stabilizēšana personām laika periodā līdz 6 mēnešiem no akūtās ārstēšanas epizodes. [15]

Kritēriji pacientu atlasei stacionārai medicīniskai rehabilitācijai:

- patients ar onkoloģisku slimību, ar vidējiem un smagiem funkcionēšanas traucējumiem, akūtā vai subakūtā ārstēšanas posmā, kuram ir nepieciešama 24 stundu medicīniskā uzraudzība un aprūpe, vai arī pacients ir pietiekami neatkarīgs, lai spētu par sevi parūpēties mājas apstākļos, bet nav iespējams nokļūt līdz ārstniecības iestādei, kur tiek sniegti rehabilitācijas pakalpojumi dienas stacionārā;
- patients, kuram ir nepieciešama multiprofesionāla rehabilitācija, pacients ar funkcionēšanas ierobežojumiem vismaz divos aktivitāšu līmeņos atbilstoši SFK (piemēram, mobilitātes, pašaprūpes vai komunikācijas traucējumi);
- pacients ir spējīgs iesaistīties terapijas procesā vismaz divas stundas un ir motivēts to darīt un gūst labumu no rehabilitācijas kursa multiprofesionālas rehabilitācijas komandas uzraudzībā;
- akūtās ārstniecības procesā ir bijis progress vai ir citi pierādījumi par rehabilitācijas rezultātā gaidāmiem funkcionēšanas uzlabojumiem saprātīgā laika periodā (ir pietiekošs rehabilitācijas potenciāls);
- nav būtisku kognitīvo spēju traucējumu aktīvai dalībai rehabilitācijas procesā.

Ambulatora medicīniska rehabilitācija

Monoprofesionāls medicīniskās rehabilitācijas pakalpojums ir atsevišķs fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsta vai funkcionālā speciālista sniegtis rehabilitācijas pakalpojums, kura nodrošināšanai var piesaistīt citas ārstniecības un ārstniecības atbalsta personas un kuru sniedz ambulatori vai stacionāri akūtas rehabilitācijas ietvaros. [MK noteiku Nr.555, 108. punkts]

Atlases kritēriji ambulatorai medicīniskai rehabilitācijai:

- patients ar onkoloģisku slimību ar viegliem vai vidējiem funkcionēšanas traucējumiem vienā funkcionēšanas domēnā, akūtā, subakūtā vai hroniskā ārstēšanās posmā un nav nepieciešama 24 stundu medicīniskā aprūpe;
- pacientam atbilstoši SFK ir vismaz viens

Medicīniska rehabilitācija dienas stacionārā

Medicīniska rehabilitācija dienas stacionārā ir mutiprofesionāls rehabilitācijas pakal-

pojums. Tas ir intensīvs (vismaz 2-4 stundas dienā) dažādu funkcionalo speciālistu individuālais darbs, izmantojot vismaz trīs dažādas medicīniskās tehnoloģijas.

Kritēriji pacientu atlasei medicīniskai rehabilitācijai dienas stacionārā:

- patients ar onkoloģisku slimību ar viegliem vai vidējiem funkcionēšanas traucējumiem, akūtā, subakūtā vai hroniskā ārstēšanās posmā, kuram nav nepieciešama 24 stundu medicīniskā aprūpe;

patients, kuram (atbilstoši SFK) ir funkcionēšanas traucējumi vismaz divos aktivitāšu līmeņos, kuram ir nepieciešama multiprofesionāla rehabilitācija, ko nevar nodrošināt ar ambulatoro pakalpojumu, piemēram, kliniskā psihologa konsultācijas, uztura speciālista konsultācijas;

patients ir pietiekami neatkarīgs, lai spētu par sevi parūpēties mājas apstākļos vai pacientam ir pietiekams sociālais atbalsts, kas ļauj viņam dzīvot mājās, un viņam ir iespējams nokļūt līdz ārstniecības iestādei, kur tiek veikts šis pakalpojums;

patients ir spējīgs iesaistīties terapijas procesā vismaz divas stundas un ir motivēts to darīt, gūst labumu no rehabilitācijas kursa multiprofesionālas rehabilitācijas komandas uzraudzībā;

akūtās ārstniecības procesā ir bijis progress vai ir citi pierādījumi par rehabilitācijas rezultātā gaidāmiem funkcionēšanas uzlabojumiem saprātīgā laika periodā (ir pietiekošs rehabilitācijas potenciāls);

nav būtisku kognitīvo spēju traucējumu aktīvai dalībai rehabilitācijas procesā.

- funkcionēšanas traucējums aktivitāšu līmenī;
- ir pierādījumi par rehabilitācijas rezultātā gaidāmiem funkcionēšanas uzlabojumiem saprātīgā laika periodā, pacents gūst labumu no rehabilitācijas kuras;
 - pacents ir pietiekami neatkarīgs, lai spētu par sevi parūpēties mājas apstākļos un spēj nokļūt līdz ārstniecības iestādei (tai skaitā izmantojot tehniskos palīglīdzekļus), kur tiek veikts šis pakalpojums, un aktīvi iesaistīties terapijas procesā, ir motivēts rehabilitācijai;
 - nav būtisku kognitīvo spēju traucējumu aktīvai dalībai rehabilitācijas procesā. [7]

Reabilitācija mājās

Monoprofesionāls vai multiprofesionāls zemas intensitātes rehabilitācijas pakalpojums pacienta dzīvesvietā.

Reabilitācijas pakalpojuma saņemšanu mājās regulē 2018. gada 28. augusta Ministru kabineta noteikumi Nr.555. Rehabilitācijas pakalpojumus sniedz sertificēts fizioterapeits, ergoterapeits vai audiolo-gopēds, kam noslēgts ar NVD līgums par veselības aprūpes pakalpojuma – veselības aprūpe mājās – sniegšanu un apmaksu, ar fizikālās un rehabilitācijas medicīnās ārsta nosūtījumu, kas izsniegti Ministru kabineta noteikumu Nr.555 3.11. nodalā minētajā kārtībā un kam pievienots Ministru kabineta noteikumu Nr.555 113. punktā minētajā kārtībā izstrādāts medicīniskās rehabilitācijas plāns, kā arī iepriekš izvērtējot medicīniskās rehabilitācijas potenciālu. [MK. not., 2018]

Šobrīd noteikumi nosaka, ka medicīnisko rehabilitāciju mājās var saņemt pacienti ar diagnozi I60, I61, I63, I64, I69, T91.3. Darba grupa rosina papildināt šo noteikumu 46. punktu ar apakšpunktu: personai ar onkoloģisku slimību nepieciešami medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumi un to sniegšana uzsākama trīs mēnešu laikā pēc onkoloģiskās terapijas uzsākšanas, un pacientam ir mēreni vai smagi funkcionēšanas traucējumi vairākos domēnos (pārvietošanās, pašaprūpe, komunikācija). [MK. not., 2018]

Atlasses kritēriji rehabilitācijai mājās:

- pacientam ir akūta nespēja/invaliditāte un nav nepieciešama 24 stundu medicīniskā aprūpe;
 - pacents ir spējīgs iesaistīties terapijas procesā un ir motivēts to darīt;
 - akūtās ārstniecības procesā ir bijis progress vai ir citi pierādījumi par rehabilitācijas rezultātā gaidāmajiem funkcionēšanas uzlabojumiem saprātīgā laika periodā (ir pietekošs rehabilitācijas potenciāls);
 - ir skaidri definēti rehabilitācijas mērķi konkrētajam ārstēšanās posmam; nav smagu kognitīvu traucējumu.
- Pacientam ir pārvietošanās traucējumi un zema fiziskās slodzes tolerance (tādēļ ir iero-bezota aktīva rehabilitācija), kas neļauj rehabilitācijas pakalpojumus saņemt citā veidā.

Reabilitācijas intervēnu izvēles ietekmējošie veselības stāvokli

Reabilitācijas intervenci ietekmē šādi veselības stāvokli:

- nekontrolēta/nestabila stenokardija;

- jauna un/vai nekontrolēta aritmija;
 - akūta/nekontrolēta psihiatrija;
 - nekontrolēta tāhikardija miera stāvoklī > vai + 100 sitieni/min;
 - izteikti kognitīvi traucējumi, pacienta ne-spēja aktīvi sadarboties ar ārstu un funkcionālo speciālistu;
 - akūta sirds mazspēja;
 - asinošana vai tās iespējamība;
 - aktīva plaušu tuberkuloze;
 - audzēja progresija, termināls stāvoklis;
 - akūta cerebrovaskulāra slimība;
 - nesadzījušas kirurgiskās rētas;
 - miera stāvoklī sistoliskais arteriālais asinsspiediens ir lielāks vai vienāds ar 180 mmHg un/ vai diastoliskais spiediens lielāks vai vienāds ar 100 mmHg;
 - nekontrolēta hipertensija (diastoliskais spiediens lielāks par 95 mmHg);
 - urīnpūšla, zarnu, urīnvaldu, asinsvadu, muguras smadzeņu kompresija;
 - chroniska sirds mazspēja IV f.kl.;
 - simptomātiska hipotensija (pacients piedzīvo nozīmīgu asinsspiediena krišanos vingrinājumu laikā);
 - metastāzēs smadzenēs vai kaulos;
 - neitropēnija;
 - slimība ar paaugstinātu febrilu temperatūru;
 - akūtas pēdu problēmas – trofiskās čūlas, izgulējumi;
 - hemoglobīns zemāks par 7,5 g/L, trombocīti mazāk nekā 20 000, leikocīti mazāk nekā 3000. [1,3,7,16]
- Fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsts īsteno medicīniskās rehabilitācijas dinamisko novērošanu atbilstoši Ministru kabine-ta noteikumiem Nr.555. [MK not., 2018]

Literatūra

- Adamson, L., Quist, M., Andersen, C., Moller, T., Herrstedt, J., Kronborg, D., Baadsgaard, M.T., Vistisen, K., Midtgård, J., Christiansen, B., Stage, M., Kronborg, M. T., & Rorth, M. (2009). Effect of a multimodal high intensity exercise intervention in cancer patients undergoing chemotherapy: randomised controlled trial. BMJ, 339, b3410. <https://doi.org/10.1136/bmj.b3410>
- Chowdhury, R.A., Brennan, F.P., & Gardiner, M. D. (2020). Cancer Rehabilitation and Palliative Care-Exploring the Synergies. Journal of Pain and Symptom Management, 60(6), 1239–1252. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsympman.2020.07.030>
- DeLisa, J. A., Gans, B. M., Walsh, N. E., Robinson, L. R., & Basford, J. (2010). DeLisa's Physical medicine & rehabilitation: principles and practice.
- Dietz, J.H.J. (1969). Rehabilitation of the cancer patient. The Medical Clinics of North America, 53(3), 607–624.
- European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance. (2018). White Book on Physical and Rehabilitation Medicine (PRM) in Europe, Chapter 1. Definitions and concepts of PRM. In European journal of physical and rehabilitation medicine (Vol. 54, Issue 2). <https://doi.org/10.23736/S1973-9087.18.05144-4>
- Fu, J.B., Raj, V.S., & Guo, Y. (2017). A Guide to Inpatient Cancer Rehabilitation: Focusing on Patient Selection and Evidence-Based Outcomes. PM and R, 9(9), S324–S334. <https://doi.org/10.1016/j.pmrj.2017.04.017>
- Metropolitan Borough Council. (2014). Cancer Rehabilitation Exercise Scheme Health Professionals Information. September.
- Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība, 176 (2018).
- Okamura, H. (2011). Importance of rehabilitation in cancer treatment and palliative medicine. Japanese Journal of Clinical Oncology, 41(6), 733–738. <https://doi.org/10.1093/jco/hyr061>
- Pasaules Veselības Organizācija. (2003). Starptautiskā funkcionēšanas, nespējas un veselības klasifikācija.
- Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2014.–2020. gadam. (2020).
- Silver, J.K., Baima, J., & Mayer, R.S. (2013). Impairment-driven cancer rehabilitation: an essential component of quality care and survivorship. CA: A Cancer Journal for Clinicians, 63(5), 295–317. <https://doi.org/10.3322/caac.21186>
- Silver J.K., Baima J. Cancer prehabilitation: an opportunity to decrease treatment-related morbidity, increase cancer treatment options, and improve physical and psychological health outcomes. Am J Phys Med Rehabil. 2015 Aug; 92(8):715–727. DOI: 10.1097/PHM.0b013e31829b4afe. PMID: 23756434.
- Silver, J.K., Stout, N.L., Fu, J.B., Pratt-Chapman, M., Haylock, P.J., & Sharma, R. (2018). The State of Cancer Rehabilitation in the United States. Journal of Cancer Rehabilitation, 1, 1–8.
- Stacionārās sabūktās rehabilitācijas pakalpojumu, ilgtermiņa rehabilitācijas pakalpojumu/dinamiskās novērošanas un perinatlā periodā radušos stāvokļu rehabilitācijas pakalpojumu sniegšanas un apmaksas nosacījumi 7. pielikums (2020).
- Stout, N.L., Santa Mina, D., Lyons, K.D., Robb, K., & Silver, J.K. (2021). A systematic review of rehabilitation and exercise recommendations in oncology guidelines. CA: A Cancer Journal for Clinicians, 71(2), 149–175. <https://doi.org/10.3322/caac.21639>
- Stucki, G., & Bickenbach, J. (2017). Functioning: the third health indicator in the health system and the key indicator for rehabilitation. European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine, 53(1), 134–138. <https://doi.org/10.23736/S1973-9087.17.04565-8>
- Veselības aprūpes pakalpojumu onkoloģijas jomā uztābšanas plāns 2022.–2024. gadam. (2021).
- World Health Organization. (2019). Rehabilitation in health systems Guide for Action. World Health Organization, 63.
- <https://www.who.int/rehabilitation/rehabilitation-guide-for-action/en/#~text=The Rehabilitation in health systems%3A guide for action,period of the strategic plan%2C around 5 years.>
- World Health Organization (WHO). (2011). WORLD REPORT ON DISABILITY.