

Dzīvības koks

KRŪTS VĒZIS

Krūts vēzis ir biežākais ļaundabīgais audzējs sievietēm Latvijā. Risks saslimt ar krūts vēzi ir katrai devītajai sievietei valstī. Saslimšana ar vēzi sākas, kad piena dziedzera šūnas dažādu iemeslu dēļ sāk strauji un nepareizi dalīties, ieaugot blakusesošajos audos un izplatoties ķermenī.

Labdabīga audzēja gadījumā arī notiek šūnu vairošanās, bet process ir lokāls, neizplatās uz apkārtējiem audiem, neveido jaunus audzēja perēkļus, metastāzes cilvēka organismā. Labdabīga audzēja augšana parasti notiek lēni.

Ir ļoti svarīgi atklāt krūts vēzi savlaicīgi – diagnosticējot to agrīnā stadijā, 90% gadījumu ir iespējams saglabāt krūts dziedzeri un dzīves kvalitāti.

Vēža diagnozi pierāda tikai un vienīgi tā morfoloģiskā apstiprināšana. Patologs nosaka, vai audzējs ir labdabīgs vai ļaundabīgs, neinfiltrējošs (in situ) vai infiltrējošs (īstens), izplatījies pa limfātisko vai asinsvadu sistēmu, ieaudzis blakus esošajos audos vai attālos orgānos.

SATURS

1. Kas ir krūts vēzis?.....2
2. Krūts vēža stadijas.....5
3. Jautājumi, kas jāuzdod ārstam.....8
4. Krūts vēža ārstēšana.....10
5. Rehabilitācija.....20

1 KAS IR KRŪTS VĒZIS?

Kā rodas krūts vēzis?
Krūts vēža izcelsme vēl nav pilnībā izpētīta, taču tiek uzskatīts, ka liela nozīme ir hormonāliem un ģenētiskiem faktoriem. Īpaši svarīgi ir atrast vēža "vājās vietas" – tā rašanās un augšanu veicinošos iemeslus, lai vērstos tieši pret tiem.
Krūts vēža šūnas ir ļoti atšķirīgas. Atbilstīgi šūnu tipam tās var augt un attīstīties lēni vai ātri un tikpat dažādi reaģēt uz ārstēšanu. Apskatot mikroskopā krūts vēža audus, tiek noteikti vairāki svarīgi parametri:

- audzēja šūnu veids un diferenciācijas pakāpe (vērtē pēc tā, cik lielā mērā jaunveidotās, slimās šūnas atšķiras no veselajām);
- hormonu receptoru un citu receptoru stāvoklis (kādu receptoru klātbūtne vai iztrūkums);
- šūnu dalīšanās intensitāte.

Kā atklāt krūts vēzi agrīnā stadijā?
Agrīna diagnostika ievērojami palielina pilnīgas izveseļošanās iespējas. Vissvarīgākais ir novērot savu krūts dziedzeru stāvokli un izmaiņas tajos, regulāri izmeklējot krūtis, apmeklējot ārstu un veicot mamogrāfiju. 20-50 gadu vecumā reizi mēnesī ir jāveic krūts dziedzeru pašizmeklēšana, reizi divos gados ir jāveic krūšu apskate un izmeklēšana pie ārsta. Pēc menopauzes iestāšanās jāturpina regulāra dziedzeru pašizmeklēšana, uz apskati pie ārsta jādodas vismaz reizi gadā.
Mēs atgādinām – jo agrāk audzējs atklāts, jo vieglāk ar to cīnīties un lielāka iespēja uzvarēt!
Mamogrāfija (MG)
Mamogrāfija ir krūts audu rentgenoloģiska izmeklēšana ar zemas intensitātes rentgenstarojumu. Galvenais iemesls, kāpēc krūtis jāpārbauda ar mamogrāfu, ir iespēja saskatīt slimību vēl pirms tās iespējamās "sataustīšanas". Sievietēm reproduktīvajā vecumā mamogrāfiju vajadzētu veikt laikā no 5. līdz 12. menstruālā cikla dienai. Pirmoreiz mamogrāfiju rekomendē veikt pēc 40 gadu vecuma, 50-70 gadu vecumā tā būtu jāveic reizi divos gados, saņemot uzaicinājuma vēstuli no Nacionāla veselības dienesta, bet pēc tam reizi 2 vai 3 gados ar ģimenes ārsta dotu nosūtījumu. Izmeklējumu dokumentālā liecība – disks vai paroles – noteikti jāsaglabā!
ATCERIETIES! Visām 50-69 gadus vecām sievietēm reizi divos gados valsts apmaksā mamogrāfijas izmeklējumu. Šīs vecuma grupas sievietēm tiek nosūtīta uzaicinājuma vēstule, ja tā nav saņemta, vajadzīgs ģimenes ārsta vai ginekologa nosūtījums. Ja nav ģimenes ārsta vai ginekologa nosūtījuma, izmeklējums ir par maksu.
Mamogrāfija ir vienīgā metode, kas tiek izmantota kā skrīninga, citiem vārdiem - atsijāšanas metode agrīnā krūts vēža diagnostikā. Taču to var veikt arī kā vienu no diagnostiskajiem izmeklējumiem, ja ir aizdomas par vēzi. Veicot mamogrāfijas izmeklējumu, var apstiprināt vai noraidīt aizdomas par krūts vēzi. Atsevišķos gadījumos mamogrāfijas kontrolē tiek veikta arī biopsija, lai pierādītu krūts dziedzera audzēja esamību, taču visbiežāk biopsiju veic ultraskaņas kontrolē. Biopsija – tā ir krūts dziedzera audu gabaliņa paņemšana mikroskopiskai izmeklēšanai.
Biopsija
Biopsija ir visbūtiskākā krūts vēža apstiprināšanas metode. Ir vairāki biopsiju veidi:

- dažos gadījumos tiek izmantotas tievas adatiņas šķidruma vai šūnu paraugu paņemšanai no veidojuma;
- visbiežāk biopsijas materiāla ieguvei izmanto resnākas adatas – to veic lokālā anestēzijā;
- retos gadījumos dziedzera audu paraugi tiek iegūti ķirurģiskā ceļā.

Citi izmeklējumi

- **Krūts dziedzera ultrasonogrāfija** ir visbiežāk izmantotā krūts dziedzeru izmeklēšanas metode sievietēm līdz 40 gadu vecumam. Tā ir absolūti nekaitīga vizuālās diagnostikas metode, ko izmanto arī dziedzeraudu biopsijas materiāla kontrolei. Gados jaunām sievietēm tā ļauj atšķirt labdabīgus veidojumus no ļaundabīgiem.
- **Krūškurvja rentgenogrāfija** – tiek izvērtēta iespējamā audzēja izplatība plaušās un kaulos.
- **Skeleta scintigrāfija,** izmantojot radioaktīvo starojumu nesošus un specifiski kaulaudos uzkrājošos preparātus, sniedz vispārēju informāciju par audzēja izraisīto iespējamo kaulaudu bojājumu. Šī izmeklējuma laikā pacients saņem nelielu apstarojuma devu, taču atklātie perēkļi var būt arī deformējošās artrozes un citu nespecifisku kaulaudu bojājumu sekas.

© Dzīvības koks 2020

- **Datortomogrāfija (DT)** – izmeklēšanas metode, kurā tāpat kā parastā rentgenogrāfijā tiek izmantots rentgena starojums. Galvenā atšķirība – datortomogrāfijas izmeklējuma laikā tiek iegūti vairāki ķermeņa daļu attēli šķērsgriezumā (3D rekonstrukcijās). Mūsdienās tā ir pamatdiagnostikas metode, lai izslēgtu vai pierādītu audzēja izplatību krūšu kurvī un vēdera dobumā, kā arī mazajā iegurnī.
- **Magnētiskā rezonanse (MR)** ir metode, kurā izmantotas radioviļņu un magnētiskā lauka īpašības. Šo metodi izvēlas krūts dziedzera, galvas un muguras smadzeņu izmeklēšanai. Tā ir viena no precīzākajām diagnostikas metodēm, kura ir cilvēka veselībai pilnīgi nekaitīga.
- **Pozitronu emisijas tomogrāfija (PET)** – tajā tiek izmantota īpaša radioaktīva viela. Vēža šūnas pastiprināti uzņem šo vielu un speciālas ierīces attiecīgās šūnas atpazīst. Metode tiek izmantota, lai izslēgtu vai apstiprinātu aizdomas par vēža izplatību organismā ārpus krūts dziedzera un tā reģionālajiem limfmezgliem.
- **Sonoelastogrāfija** ir neinvazīva krūts dziedzeru, vairogdziedzera un prostatas ultraskaņas izmeklēšanas metode. Elastogrāfijas procesā uz audiem iedarbojas ar paaugstinātu spiedienu. Tas ir ultraskaņas izmeklējums ar speciālu programmu, kas spēj noteikt atšķirīgus elastīguma modeļus konkrētai audu grupai, bet nespēj aizstāt, piemēram, mamogrāfiju vai MR. Šādā veidā iespējams atklāt vēzi pat agrīnā stadijā.

Pēc vēža atklāšanas tiek veikta papildu izmeklēšana audzēja izplatības precizēšanai un ārstēšanas plāna izstrādāšanai.

© Dzīvības koks 2020

2 KRŪTS VĒŽA STADIJAS

0 stadija: audzēja pirmsākums – audzējs vēl nav izplatījies ārpus piena vadiem vai daiviņām. Lai arī pagaidām nekas vēl neliecina par vēža šūnu negatīvo ietekmi uz organismu, mamogrāfiski tas jau ir saredzams kā mikrokalcināti piena vados.
I stadija: krūts vēzis ir izplatījies ārpus piena vadiem vai daiviņām. Veidojums ir samērā neliels – līdz 2 cm diametrā. Padusēs palielināti limfmezgli parasti netiek konstatēti. Krūts vēzis, kas atklāts I stadijā, 90% gadījumu ir pilnībā izārstējams.
II stadija: audzēja izmērs ir 2-5 cm diametrā, vai arī audzējs ir mazāks par 2 cm diametrā, bet ir skāris kādu no tās pašas puses paduses limfmezgliem. Tie var būt redzami, veicot radioloģiskos izmeklējumus, vai sataustāmi, vai konstatēti jau operācijā, veicot sargmezgla biopsiju.
III stadija: audzējs ir lielāks par 5 cm diametrā vai ir mazāka izmēra, bet cauraug ādu vai ieaug krūšu kurvja sienā. Krūts vēzim III stadijā ir raksturīgi:

- vairāki palielināti limfmezgli ne tikai padusē, bet arī citos tuvākajos reģionālo limfmezglu baseinos;
- sāk parādīties bojājumi arī citās organisma struktūrās – krūts ādā vai krūšu kurvī (muskuļos un kaulos).

IV stadija: krūts vēzis ir izplatījies arī uz citiem iekšējiem orgāniem (plaušām, kauliem, aknām u. c.).
Krūts vēžu klasifikācijai tiek izmantota arī t. s. **TNM sistēma**:

- **T** – Tumor (audzējs) – primārā audzēja novērtējums;
- **N** – Node (limfmezgls) – reģionālo limfmezglu novērtējums;
- **M** – Metastasis (metastāzes) – attālo metastāžu esamība/neesamība (Ir/Nav).

UZMANĪBU!

- Zināšanas ir jūsu galvenais ierocis. Tāpēc ņemiet vērā speciālistu padomus un sekojiet līdzi savai veselībai katru dienu!
- Tiklīdz pamanāt izmaiņas krūtīs, nekavējoties apmeklējiet ārstu. Neaizbildinieties ar laika trūkumu – nekam citam nav tik liela vērtība kā jūsu veselībai un dzīvībai!

- Neuzticieties nespeciālistu – draudzeņu, ekstrasensu un dziednieku – ieteikumiem!
- Sarežģījumus risiniet kopā ar savu ģimenes ārstu, ginekologu un onkologu. Jums ir tiesības saņemt nosūtījumu pie speciālista – ik gadu katrai sievietei no 18 gadu vecuma pienākas ikgadēja bezmaksas ginekoloģiskā izmeklēšana, kā arī krūšu pārbaude un apmācība krūšu paškontrolei.
- Ja neesat pārliecināta par ārsta noteikto diagnozi, jums ir tiesības apmeklēt citu speciālistu un uzzināt viņa viedokli.
- Daudzas sievietes Latvijā un pasaulē ir izārstējušās, jo slimība tika laikus diagnosticēta un viņas apņēmīgi uzsāka ārstēšanos. Tāpēc atcerieties – no vēža nav jābaidās, vēzis ir jāārstē!

Krūts vēža bioloģiskās pazīmes

Ir zināmas daudzas ar krūts vēzi saistītas bioloģiskās pazīmes, taču īpaša uzmanība pievēršama divām, ko atspoguļo šādu analīžu rezultāti:

Hormonu receptoru stāvoklis:

- **ER pozitīvs (ER+)**: ja audzēja šūnās lielā skaitā konstatē estrogēnu receptorus (ER), krūts vēzi dēvē par estrogēnu receptoru pozitīvu (ER+) audzēju;
- **PgR (jeb PR) pozitīvs (PgR+ jeb PR+)**: ja audzēja šūnās lielā skaitā konstatē progesterona receptorus (PgR jeb PR), krūts vēzi dēvē par progesterona receptoru pozitīvu (PgR+ jeb PR+) audzēju;
- **hormonu receptoru pozitīvs (HR+)**: ja vēža šūnai ir viena vai abu veidu receptori lielā skaitā, krūts vēzi dēvē par hormonu receptoru pozitīvu (HR+) jeb hormonu pozitīvu audzēju;
- **hormonu receptoru negatīvs (HR–)**: ja vēža šūnai nav neviena veida hormonu receptoru, krūts vēzi dēvē par hormonu receptoru negatīvu (HR–) jeb hormonu negatīvu audzēju.

Hormonu receptoru pozitīvi audzēji ir aptuveni divām trešdaļām krūts vēža pacienšu, šie audzēji ļoti labi reaģē uz ārstēšanu, kura samazina hormonu daudzumu organismā.

Cilvēka epidermālā augšanas faktora receptora 2 (HER2) klātbūtne: tas ir receptors, kas atrodas uz daudzu šūnu virsmas un ir iesaistīts šūnas atbildes reakcijā uz vairāku augšanas faktoru klātbūtni.

© Dzīvības koks 2020

Dažu krūts vēžu šūnās ir patoloģiski liels HER2 receptoru daudzums, kas var likt šīm šūnām dalīties un vairoties daudz straujāk, – tās sauc par HER2 pozitīvām šūnām. Līdz 20% krūts vēža gadījumu ir HER2 pozitīvi. HER2 pozitīvs rezultāts būtiski ietekmē krūts vēža prognozi un ārstēšanu. HER2 pozitīvs krūts vēzis ir atšķirīga slimības forma, kam nepieciešama īpaša un neatliekama rīcība, jo HER2 pozitīvie audzēji ir ātri augoši. Tāpēc būtiski ir noskaidrot HER2 stāvokli iespējami ātrāk – tiklīdz ir atklāts krūts vēzis. Šo izmeklējumu nedrīkst atlikt līdz audzēja recidīvam vai laikam, kad slimība jau ir progresējusi. HER2 ir iespējams noteikt krūts vēža audos, kas iegūti ar kādu no biopsijas metodēm. Ja HER2 pārbaudi ārsts nav veicis biopsijas laikā, audu paraugus var uzglabāt un izmeklēt jebkurā citā laikā.

- **Trīskārši negatīvs krūts vēzis:** nav ne estrogēnu, ne progesterona hormonu receptoru, kā arī nav pārāk daudz proteīna HER2. Šādos gadījumos nav efekta ne no hormonu terapijas, ne HER2 mērķterapijas.
- **Trīskārši pozitīvs krūts vēzis:** audzējs ir gan ER-pozitīvs, gan PgR-pozitīvs, gan HER2-pozitīvs. Šādos gadījumos ir efekts gan no hormonu terapijas, gan HER2 mērķterapijas.

UZMANĪBU! Visām sievietēm, kurām apstiprināta krūts vēža diagnoze, ir precīzi jānoskaidro HER2 stāvoklis. Ja šī pārbaude netiks veikta, ārsts nevarēs noteikt precīzu slimības prognozi un izvēlēties piemērotāko ārstēšanu.

3 JAUTĀJUMI, KAS JĀUZDOD ĀRSTAM

1. Mamogrāfijas izmeklējumi
- Kādas izmeklējumu metodes man ir nepieciešamas un piemērotas?
- Vai visi izmeklējumu rezultāti tiks iedoti arī man?
- Vai visi izmeklējumu rezultāti un attēlu kopijas būs viegli pieejamas, īpaši tad, ja tiek noteikta jauna diagnoze vai arī es izvēlos citu ārstēšanas centru?
- Kāda ir ārstniecības centra pieredze, strādājot ar dažādām izmeklēšanas metodēm?
- Cik mūsdienīga ir izmeklējumos izmantotā aparatūra?
- Kādi turpmākie izmeklējumi var būt nepieciešami?
- Ko attēldiagnostikas izmeklējumi ir uzrādījuši? Vai audzējs ir liels vai mazs?
- Vai izmeklējumu rezultāti norāda uz biopsijas nepieciešamību?

2. Biopsija
- Kāds biopsijas veids tiks izmantots? Kāpēc tas ir man piemērotākais?
- Vai biopsijas materiāla iegūšanai var izmantot metodi, kurai nepieciešama vismazākā iejaukšanās? Ja ne, tad kāpēc?
- Cik pieredzējis ir ķirurgs, kas veiks biopsijas parauga iegūšanas procedūru?
- Vai pēc biopsijas man veidosies rētas?
- Kādas ir man piedāvātās biopsijas metodes blakusparādības?
- Kur mani paraugi tiks analizēti? Cik pieredzējusi šī laboratorija ir analīžu veikšanā?
- Kad izmeklējumu rezultāti būs pieejami un kurš man par tiem pastāstīs?
- Kurš ar mani apspriedīs, vai man ir nepieciešama ārstēšana?
- Cik drīz man ir jāpieņem lēmums par ārstēšanu?
- Vai es varu iegūt izmeklējumu rezultātu kopiju?

3. Limfmezglu izmeklēšana
- Vai biopsijā tiks iegūts paraugs no limfmezgliem?
- Vai tiks veikta galveno limfmezglu biopsija?
- Cik pieredzējuši ir ķirurgs, radiologs un patologs, kas veiks šo procedūru?

4. Audzēja stadijas noteikšana
- Kurā stadijā ir slimība?
- Kāds ir audzēja izmērs?
- Vai limfmezglos ir metastāzes? Ja jā, tad cik daudz un kur?
- Vai ir attālas metastāzes? Ja jā, tad cik daudz un kur?

5. Audzēja diferencēšanās pakāpes noteikšana
- Cik diferencētas ir audzēja šūnas?
- Kāda diferencētības pakāpe ir manai slimībai?
- Kā tas ietekmē manu ārstēšanu un prognozi?

6. Hormonu receptoru statuss
- Kādi receptoru statusa izmeklējumi tiks veikti biopsijas paraugos?
- Kāds ir audzēja hormonu receptoru statuss?
- Vai audzējs varētu reaģēt uz antihormonālu ārstēšanu?

7. HER2 receptoru statuss
- Kad varēs noskaidrot audzēja HER2 stāvokli?
- Kāda ir audzēja HER2 pozitivitāte?
- Kā HER2 stāvoklis ietekmē ārstēšanas plānu?

© Dzīvības koks 2020

4 KRŪTS VĒŽA ĀRSTĒŠANA

Krūts vēža ārstēšana ir komplekss pasākumu kopums. Sarunā ar ārstu tiek precizēts un pieņemts lēmums par nepieciešamo terapiju. Vērā jāņem pacienta vecums, vispārējais veselības stāvoklis un vēža stadija. Ārstēšanas veidu secību pēc diagnozes noteikšanas iesaka ārstu konsīlijs – ķirurgs, onkologs ķīmijterapeits un staru terapeits (radiologs terapeits).

Pārsvarā visiem audzējiem stadijas noteikšana balstās uz trim faktoriem:

- audzēja izmērs un/vai audzēja izplatība;
- audzēja izplatība reģionālajos limfmezglos;
- audzēja izplatība citos orgānos.

Atbilstoši ļaundabīgā audzēja lokalizācijai un stadijai var tikt izvēlēti vairāki ārstēšanas veidi:

- **ķirurģiska ārstēšana** – operācija, tai skaitā onkoplastiskā un krūts dziedzera rekonstruktīvā ķirurģija;
- **medikamentoza terapija** – ķīmijterapija, mērķterapija, hormonu terapija, imūnterapija;
- **staru terapija.**

Ārstēšanu vēl var iedalīt lokālā un sistēmiskā. Lokālās ārstēšanas mērķis ir iedarboties uz audzēju un reģionālajiem limfmezgliem. **Lokālās terapijas metodes** ir (1) audzēja ķirurģiska izgriešana, (2) reģionālo limfmezglu stāvokļa noteikšana operācijas ceļā un (3) staru terapija. **Sistēmiskā ārstēšana** nozīmē preparātu ievadi organismā caur kuņģa-zarnu traktu (enterāli) vai ievadot vēnā (parenterāli), tādējādi iedarbojoties uz vēža šūnām, kas ir ārpus audzēja. Pie šīm metodēm pieder hormonālā terapija, ķīmijterapija, mērķterapija un imūnterapija. Pēc operācijas, ja nav palikušas redzamas audzēja pazīmes, ārstu konsīlijs var ieteikt papildu terapiju. Jebkurā slimības stadijā, izņemot 0 stadiju, šūnas var būt izgājušas ārpus primārā audzēja vietas, veidojot audzēja šūnu kolonijas jeb metastāzes arī citās vietās organismā. Šādas papildu terapijas mērķis ir iznīcināt neredzamās vēža šūnas. Lai samazinātu audzēju vai tā izplatību organismā, dažām pacientēm ķīmijterapiju nozīmē jau pirms operācijas (t.s. neoadjuvantā ķīmijterapija).

© Dzīvības koks 2020

1. Ķirurģiskā ārstēšana – operācija

Lielākajai daļai sieviešu primārā audzēja ārstēšanai tiek izvēlēta operatīva iejaukšanās. Operācijas mērķis ir audzēja izgriešana veselo audu robežās. Operāciju var papildināt citas metodes – ķīmijterapija, hormonālā terapija vai staru terapija. Ķirurģiskās ārstēšanas ietvaros tiek noskaidrota vēža lokālā izplatība – tostarp limfātiskajos mezglos, kā arī krūts dziedzera izskata atjaunošana (onkoplastiskā operācija). Ļoti retos gadījumos operatīvā terapija var tikt pielietota intoksikācijas mazināšanas nolūkā.

Ķirurģiskas operācijas apjoms var būt atšķirīgs:

- **Krūts dziedzeri saglabājošas operācijas** gadījumā audzējs tiek izņemts veselo audu robežās, krūts dziedzeris tiek saglabāts, tā izskata atjaunošanai var izmantot onkoplastiskās tehnikas; tiek veikta reģionālo limfmezglu izvērtēšana, nosakot sargmezglu/us, vai arī praktiski tiek izņemti visi paduses limfmezgli.
- **Onkoplastiskā ķirurģija**. Krūts onkoplastiskā ķirurģija ir samērā jauna ķirurģiskās ārstēšanas metode, kas ļauj saglabāt krūts dziedzeri. Tajā tiek izmantoti plastiskās ķirurģijas principi krūts dziedzera modelēšanā pēc onkoloģiski nepieciešamā operācijas apjoma veikšanas, vienlaikus sasniedzot arī labu kosmētisko rezultātu.
- **Radikāla mastektomija** – tiek noņemts viss krūts dziedzeris un gandrīz visi paduses limfmezgli.
- **Vienkārša mastektomija** – krūts dziedzeraudu izņemšana ar vai bez krūts ādas un krūts gala saglabāšanas un reģionālo limfmezglu izvērtēšana, nosakot sargmezglu/us.

BLAKNES: limfedēma jeb limfātiskā tūska, kuras pamatā ir limfas sastrēgums. Limfedēma izpaužas kā smaguma sajūta visas rokas garumā, sāpīgums, pietūkums, kas var vēstīt par turpmāko rokas apjoma palielināšanos. Ja rokas apjoms palielinās visā garumā, to ir grūti novērst. Kā izvairīties no tā? Vienīgā iespēja ir saudzēt operēto roku un nenest, necelt ar to lielāku smagumu par 2 kg. Ne tikai pirmajā gadā pēc operācijas, bet visu dzīvi operētā roka ir jāsaudzē. Ja tomēr ir gadījies to noslogot, veiciet pašmasāžu virzienā no plaukstas uz elkoni, no elkoņa pleca virzienā. Tas uzlabo pašsajūtu un novērš tūsku. Guļot var uzlikt roku uz papildu spilvena, lai tā ir iespējami ērtākā stāvoklī. Ar laiku pieradīsiet un iemācīsieties ar to sadzīvot. Tomēr jāatceras,

ka limfostāze, tāpat kā citas blaknes, nerodas visiem, bet galvenokārt tiem, kam izņemti visi paduses limfmezgli, tādējādi traucējot limfas attecei no rokas.

Paduses limfmezglu diagnostika

Vissaudzējošākā ir sargmezgla biopsija, kad izmeklēšanai ņem vienu vai dažus limfmezglus. Sargmezgls ir pirmais limfmezgls limfas atteces ceļā no audzēja. Ja pēc sargmezgla izoperēšanas un apskates zem mikroskopa netiek konstatētas vēža šūnas, var atstāt visu paduses limfmezglu grupu. Tādējādi var izvairīties no apgrūtinošās limfostāzes – limfas atteces traucējumiem slimā krūts dziedzera puses rokā.

2. Staru terapija

Staru terapija uz vēža šūnām iedarbojas un iznīcina tās ar jonizējošu starojumu. Vēža šūnas dalās visātrāk un tāpēc tiek iznīcinātas pirmās, bet šī terapija var bojāt arī normālas šūnas. Ir divu veidu staru terapija – ārējā un iekšējā apstarošana.

- **Ārējā apstarošana** jeb distances staru terapija. Tas ir biežākais krūts vēža gadījumā lietotais staru terapijas veids. Tipiska terapijas shēma paredz aprēķinātās devas lietošanu piecas dienas nedēļā – četras līdz piecas nedēļas. Procedūra nav sāpīga, bet tai mēdz būt tiešās blakusparādības – krūts pietūkums un smaguma sajūta, ādas apdegums.
- **Iekšējā apstarošana** jeb brahiterapija ir alternatīvs ārstēšanas veids. Tā ir metode, kuras laikā radioaktīvās adatas vai speciālas zondes tiek ievietotas krūts audos izoperētā audzēja ložā.

Pirmsoperācijas (neoadjuvanto) staru terapiju lieto pacientēm ar lokāli plaši izplatītiem audzējiem, lai panāktu audzēja apjoma samazināšanos un atvieglotu tā radikālu izgriešanu. Mūsdienās šis staru terapijas veids tiek lietots ļoti reti.

Pēcoperācijas (adjuvanto) staru terapiju bieži izmanto kā profilaktisku vai papildu terapiju, lai novērstu lokālu audzēja recidīvu krūtī, krūškurvja sienā vai padusē. Gandrīz vienmēr tā tiek veikta krūts dziedzeri saglabājošu operāciju gadījumā un situācijās, kad vēža procesā bijuši iesaistīti vairāki reģionālie limfmezgli vai to baseini.

Staru terapiju var izmantot arī kā vienu no ārstēšanas metodēm neoperējamas slimības gadījumā vai pacientei atsakoties no operācijas, bet salīdzinājumā ar ķirurģisko ārstēšanu tā nebūs radikāla ārstēšana.

Diezgan plaši staru terapiju izmanto metastāžu izraisītu sāpju ārstēšanai, piemēram, kaulu metastāžu gadījumā.

BLAKNES

Biežākā blakne ir ādas apdegums, tādēļ ļoti rūpīgi jāseko ādas higiēnai, jālieto mediķu rekomendētie ādas kopšanas līdzekļi. Staru terapijas laikā vai drīz pēc tās var būt kairinošs klepus, kura cēlonis ir apstarošanas izraisītais plaušu un bronhu kairinājums, tomēr abi minētie simptomi ir pārejoši.

Staru terapijas laikā var samazināties leikocītu un trombocītu skaits – tādējādi tiek apdraudētas organisma pretošanās spējas dažādām infekcijām. Šo stāvokli palīdz normalizēt olbaltumvielām bagāts, sabalansēts uzturs, taču, ja situācija nemainās, var nozīmēt speciālu terapiju vai trombocītu masas pārliešanu.

Jāatceras, ka staru terapijas laikā organismam jāsaņem īpaši bagātīgs un līdzsvarots uzturs, lai atjaunotu bojātās šūnas, tāpēc ēst vajadzētu pietiekamā daudzumā. Starošanas laikā bīstamāk ir nokristies svarā, nevis nedaudz pieņemties.

Tādu blakusparādību kā nelaba dūša (šķebināšana) var mazināt skābenas ledenes, augļu sulas, sasaldēti sulas kubiciņi. Jādzer daudz šķidruma, ieteicami ir dzeramie ķīseļi.

Staru terapijas sekas var parādīties arī pēc ilgāka laika (sešiem mēnešiem vai pat vairākiem gadiem) – ādas hiperpigmentācija, sīku asinsvadu zīmējums ādā (teleangioektāzijas), audu fibroze – apstarotais krūts dziedzeris kļūst blīvāks, notiek mīksto audu sabiezēšana virs apstarotajiem reģionālo limfmezglu baseiniem, iespējami funkcionāli defekti – rokas kustību apjoma ierobežojumi. Par to visu ir jākonsultējas ar ārstējošo ārstu!

3. Medikamentoza terapija (hormonterapija, ķīmijterapija)

3.1. Hormonterapija

Dažas krūts vēža formas rodas hormona estrogēna ietekmē. Pārmērīga estrogēna ražošana vai patoloģiska šūnu uzņēmība pret to izraisa pastiprinātu šūnu dalīšanos – audzēja attīstību. Hormonterapijas mērķis ir pārtraukt vai mazināt estrogēna pārmērīgo ietekmi uz šūnām, jo dažādos sievietes vecumposmos tiek izvēlēta atšķirīga terapija. Piemēram, sievietes pēc menopauzes lieto zāles, lai kavētu androgēnu pārveidošanos par estrogēniem vai arī tieši bloķētu estrogēnu receptorus

potenciālajās audzēja šūnās organismā, savukārt sievietēm pirms menopauzes piemērotāka ir olnīcu funkcijas nomākšana ar hormona gonadoliberīna analogiem. Endokrīnā terapija ir veiksmīgāka, ja audzējā tiek noteikti estrogēna un/vai progesterona receptori. Aptuveni 75% gadījumu krūts vēzis sievietēm pēc menopauzes ir potenciāli hormonjutīgs. Apmēram trešdaļai sieviešu ar progresējošu krūts vēzi tas mazināsies, pārtraucot pārmērīgo estrogēna ietekmi. Tāpēc, pirms izlemt, vai lietot hormonterapiju vai citotoksisko terapiju (vai abu kombināciju), tiek izvērtēts audzēja hormonālais stāvoklis.

BLAKNES:Krūts vēža hormonterapijas blaknes ir atkarīgas no lietotā medikamenta, taču parasti tā izraisa karstuma viļņus, pastiprinātu svīšanu, maksts sausumu, menstruālā cikla pārmaiņas, libido zudumu u.c. Daudzos gadījumos šīs blaknes ar laiku mazinās, tomēr ir svarīgi jebkuras izmaiņas jūsu veselības stāvoklī pārrunāt ar ārstējošo ārstu.

3.2. Ķīmijterapija

Pēc audzēja radikālas operācijas ārstu konsīlijs var rekomendēt profilaktisku terapiju. Jebkurā audzēja stadijā vēža šūnas var būt izkļuvušas ārpus primārā audzēja vietas un var asimptomātiski cirkulēt asinsritē pirms audzēja šūnu koloniju jeb metastāžu izveidošanas citviet organismā. Šādas terapijas mērķis ir iznīcināt radioloģiski neredzamās vēža šūnas. Ķīmijterapijas līdzekļus parasti lieto kombinācijās pa diviem vai trim. Lielākā daļa medikamentu lietojami intravenozi, bet ir arī iekšķīgi (perorāli) lietojami līdzekļi. Tā kā ķīmijterapija bieži izraisa nevēlamas blakusparādības, to nelieto nepārtraukti, bet sadala ciklos. Terapijas shēmās ciklu skaits ir atšķirīgs, parasti no sešiem līdz astoņiem, atkarībā no reakcijas uz terapiju un izvēlētajiem medikamentiem. Šāda pieeja veicina pacientes ātrāku atlabšanu un normālu audu atjaunošanos. Ķīmijterapiju lieto:

- pēc lokālas audzēja izgriešanas, lai novērstu metastāžu attīstību bioloģiski agresīvu audzēju gadījumā;
- ja attīstās metastāzes un hormonterapija nenodrošina pārliecinošu uzlabošanos;
- pirmsoperācijas (neoadjuvantas) terapijas gadījumā, lai mazinātu audzēja izmēru un reģionālo limfmezglu iesaisti procesā.

Kas jāzina, lietojot ķīmijterapiju?

Ir situācijas, kad var mazināties terapijas efektivitāte un/vai paaugstināties nevēlamo blakusefektu rašanās risks.

Ļoti svarīgi informēt ārstēšanā iesaistītos ārstus un medmāsas par jebkuriem citiem līdzekļiem, ko lietojat paralēli ķīmijterapijai – ārstniecības augiem, pārtikas piedevām, vitamīniem vai pat pārtikas produktiem.

Jālieto daudz šķidruma. Šūnas nevar efektīvi uzņemt ķīmijterapijas līdzekļus, ja tām trūkst ūdens.

Pirms ķīmijterapijas konsultējieties ar zobārstu. Zobus ieteicams pārklāt ar speciālu aizsargājošu vielu. Ķīmijterapijas līdzekļi parasti rada sausumu mutē, bet tas var izraisīt pastiprinātu zobu kariesu.

BLAKNES

Lai gan daļa kīmijpreparātu izraisa blaknes, ne vienmēr un ne visām pacientēm tās būs vienādas. Vairums blakņu pēc terapijas beigām izzudīs, taču dažas var saglabāties ilgāku laiku.

Biežākie ķīmijterapijas blakusefekti ir nogurums, nespēks, šķebināšana, slikta dūša, nomākts garastāvoklis. Normalizējoties asinssastāvam, mazināsies arī nespēks, taču ķīmijterapijas laikā ir ieteicams pēc iespējas vairāk atpūsties un samazināt ikdienas aktivitātes, uzticot daļu pienākumu citiem, ja vien tas ir iespējams. Pārpūle nekādā veidā neveicinās izveseļošanās procesu. Savukārt apzinātas un mērenas fiziskās aktivitātes – vingrošana, ci-gun, nūjošana ir ieteicamas un vēlamas, tās palīdzēs pārvarēt blakusparādību ietekmi uz garīgo un arī fizisko pašsajūtu, kā arī veicinās atjaunošanās procesus.

Sāpes ķīmijterapijas laikā var parādīties muskuļos, kaulos, locītavās, iespējamas arī galvassāpes, vēdersāpes. Par sāpēm noteikti jāinformē ārsts, jo atkarībā no cēloņa tās var ārstēt vai nu ar pretsāpju medikamentiem vai citiem paņēmieniem.

Jēlumu mutes gļotādā un stomatītu var mazināt, lietojot ļoti mīkstu zobu suku un regulāri skalojot mutes dobumu ar remdenu vārītu ūdeni vai zāļu tējām. Jālieto iespējami vairāk sasmalcināta vai sablenderēta ēdiena, kas nekairina gļotādu, jādzer daudz šķidruma.

Caureju, sliktu dūšu, vemšanu, ko izraisa ķīmijpreparāti, var mazināt, ēdot mazām porcijām, bet biežāk un ēdienu rūpīgi sakošļājot. Ēdienam jābūt remdenam, ēdienreižu starplaikos jādzer daudz šķidruma. Var lietot arī pretvemšanas medikamentus (tos parasti izraksta ķīmijterapeits).

Viena no visbiežāk sastopamajām ķīmijterapijas blaknēm ir dažu medikamentu izraisītā matu izkrišana. Tomēr šis process ir

atgriezenisks – agrāk vai vēlāk apmatojums ataugs. Labāk ir matu izkrišanai sagatavoties savlaicīgi gan psiholoģiski, gan arī praktiski – iegādājoties piemērotus lakatus vai parūku.
Citas iespējamās blaknes: acu sūrstēšana, miglošanās, acu asarošana, paaugstināts infekciju risks, samazināts trombocītu daudzums, anēmija, trausli nagi, jutība pret sauli, ādas nieze, pēdu un plaukstu tūska un/vai apsārtums (arī pēdu un plaukstu sindroms).
Ķīmijterapijas laikā obligāti jālieto kontracepcija, lai izvairītos no grūtniecības – neatkarīgi no tā, kurš partneris saņem ārstēšanu. Tāpat ir jārūpējas, lai pacients ik dienas saņemtu nepieciešamo mikroelementu kalcija (Ca), kālija (K), cinka (Zn), magnija (Mg) un D vitamīna devu kā kaulu, muskuļu, nervu sistēmas, tā arī imunitātes stiprināšanai un noguruma mazināšanai.

3.3. Monoklonālās antivielas

Daudzos klīniskos pētījumos pierādīta jauna pieeja vēža ārstēšanā ar **monoklonālām antivielām pret HER2 receptoriem**. Antivielas pret HER2 receptoriem ir paredzētas sievietēm, kam ir HER2 pozitīvs krūts vēzis. Pēdējie dati apstiprina, ka HER2 pozitīva agrīna krūts vēža pacientēm, kas saņēmušas vienu gadu ilgu terapiju ar monokolonālajām antivielām pret HER2 receptoriem, ilgtermiņā tiek saglabāta laba dzīvildze.
Zināms, ka gan audzējā, gan tā metastāzēs notiek intensīva jaunu asinsvadu veidošanās. Ir radītas antivielas – **anti-angioģenēzes inhibitori**, kuri neļauj veidoties vēzi apasiņojošajiem asinsvadiem, – tie nomāc asinsvadu augšanas faktora iedarbību, kā rezultātā samazinās asinsvadu veidošanās un līdz ar to mazinās vēža šūnu apgāde ar barības vielām un skābekli. Vēža šūnas ātri dalās, tāpēc šāds antivielu izraisīts "bads" uz vēzi iedarbojas graujoši, tā attīstība tiek ievērojami bremzēta un apgrūtināta. Uz vēža nobriedušajiem asinsvadiem medikaments neiedarbojas. Palikušie "vecie" vēža asinsvadi tiek izmantoti tam, lai nogādātu ķīmijterapijas citotoksiskos medikamentus tieši audzējā un iznīcinātu tā šūnas. Anti-angioģenēzes inhibitorus vienmēr lieto kopā ar ķīmijterapijas medikamentiem.

3.4. Terapija atbilstīgi vēža stadijai

Katra terapijas shēma saistīta ar pacientes vispārējo veselības stāvokli un organisma atbildes reakciju uz ārstēšanu. Terapijas shēma, ko izvēlas

© Dzīvības koks 2020

paciente un viņas ārsts, būs atkarīga no slimības stadijas, audzēja izmēra, metastāzēm limfmezglos un audzēja hormonjutības, kā arī sievietes vecuma.

0 stadija: Standartterapija lielākajai daļai 0 stadijas krūts vēža gadījumu ir krūti saudzējoša operācija (tikai veidojuma izlobīšana no veselajiem krūts audiem), kam seko staru terapija vai mastektomija jeb krūts noņemšana. Šajā stadijā svarīga ir rūpīga novērošana visā pacientes dzīves laikā (tostarp mamogrāfija ik gadu un krūts izmeklēšana reizi trīs līdz sešos mēnešos) vai "profilaktiska" mastektomija pacientēm, kam ģimenē ir vairāki krūts vēža gadījumi.

I stadija: Ieteicamā terapija lielākajai daļai sieviešu ir krūts dziedzeri saglabājoša operācija ar veidojuma izgriešanu un paduses sargmezglu izoperēšanu, kam seko staru terapija. Alternatīva iespēja ir modificēta radikāla mastektomija (krūts un paduses sargmezglu izoperēšana) ar krūts rekonstrukcijas operāciju vai bez tās. Ja audzēja diametrs ir mazāks par vienu centimetru, sistēmiska palīgterapija ķīmijterapijas veidā var nebūt nepieciešama, bet hormonatkarīga audzēja gadījumā var aprobežoties ar hormonterapiju. Tomēr atsevišķos gadījumos ārstu konsīlijs iesaka apsvērt adjuvantas ķīmijterapijas pielietošanu, ja audzējs ir mazāks par vienu centimetru, bet tam ir bioloģiskās agresivitātes iezīmes. Ja audzējs ir lielāks par vienu centimetru, ir ieteicama profilaktiska ķīmijterapija sievietēm pirms menopauzes, bet sievietēm postmenopauzē hormonatkarīgu audzēju gadījumā – hormonterapija.

II stadija: Operāciju un staru terapijas izvēle vēža II stadijas gadījumā līdzinās tai, kādu izvēlas audzēja I stadijas gadījumā; izņēmums – II stadijas gadījumā pēc mastektomijas staru terapija pielietojama, ja audzējs ir lielāks par 5cm vai izplatījies uz vairākiem paduses limfmezgliem. Parasti ieteicama sistēmiska palīgterapija, proti, hormonterapija un ķīmijterapija vai abi terapijas veidi – atbilstīgi pacientes menstruālajam stāvoklim un ER/PR (estrogēna un progesterona receptoru) klātbūtnei audzējā.
Sievietēm, kuras vēlas krūts dziedzeri saglabājošu operāciju, bet kurām audzēja izmērs ir 2-5 cm diametrā, var piedāvāt neoadjuvantu ķīmijterapiju, kuras mērķis ir samazināt audzēja izmēru, lai operācijas laikā to varētu vieglāk un drošāk izņemt un atjaunot dziedzera estētisko izskatu. Tāpat tas ir situācijās, kad audzēja izmērs ir lielāks par 5 cm,

kas var apgrūtināt veidojuma izgriešanu vai padarīt to neiespējamu. Ja neoadjuvanta ķīmijterapija pietiekami samazina audzēja izmērus, veidojumu var izoperēt – tam seko staru terapija un papildu sistēmiska terapija (ķīmijterapija ar hormonterapiju vai bez tās). Ja audzējs pirmsoperācijas terapijas rezultātā nesamazinās pietiekami, lai veidojumu varētu saudzīgi izoperēt un saglabāt krūts dziedzeri, parastā ārstēšana ir mastektomija, kam seko sistēmiska ķīmijterapija ar hormonterapijas pielietošanu vai bez tās un atsevišķos gadījumos arī staru terapija.

Papildu ārstēšanu nosaka, ņemot vērā audzēja izmēru, izplatību limfmezglos un prognozes rādītājus. Paciente var saņemt ķīmijterapiju un/vai hormonterapiju, ja tādu rekomendē ārstu konsīlijā. Taču hormonterapija nebūs efektīva sievietēm ar hormonreceptoru negatīviem audzējiem. Šīs sievietes parasti saņem ķīmijterapiju tikai profilaktiski. Sieviete pirms menopauzes parasti saņem adjuvantu ķīmijterapiju, bet hormonterapiju var pievienot atkarībā no audzēja jutības pret hormoniem.

III stadija: III stadijas slimību var iedalīt trijās apakšstadijās: IIIA, IIIB un IIIC.

IIIA stadijas krūts ļaundabīgos audzējus var izoperēt radikālas mastektomijas ceļā (ar rekonstruktīvu plastisko operāciju vai bez tās). Operācijas veida izvēli – mastektomija vai krūts dziedzeri saglabājoša operācija – nosaka krūts dziedzera un audzēja attiecība, tas nozīmē, ka liela apjoma krūts dziedzera gadījumā saglabājošu operāciju var veikt arī III stadijas gadījumā. IIIA stadijas krūts ļaundabīgus audzējus var ārstēt ar neoadjuvantu (proti, pirmsoperācijas) ķīmijterapiju, gados vecākas kundzes – ar neoadjuvantu hormonterapiju. Pēc tam veic modificētu radikālu mastektomiju ar rekonstruktīvu operāciju vai bez tās, vai krūts dziedzeri saglabājošu operāciju. Abos gadījumos operācijai seko staru terapija un sistēmiska terapija (ķīmijterapija ar hormonterapiju vai bez tās).

IIIB un IIIC stadijas, ieskaitot iekaisīgu krūts vēzi, ārstēšanā tiek izvēlēta neoadjuvanta ķīmijterapija, bet sievietēm pēc 70 gadu vecuma – hormonterapija; tai seko krūts dziedzeri saglabājoša operācija vai radikāla mastektomija; pēc tās dažreiz nepieciešama papildu ķīmijterapija. Neoadjuvantas terapijas mērķis III stadijas krūts vēža gadījumā ir panākt audzēja samazināšanos un reģionālo limfmezglu metastāžu izzušanu, lai varētu audzēju un limfmezglus radikāli un droši izoperēt. Pēc terapijas lieto staru terapiju un papildu ķīmijterapiju ar hormonterapiju vai bez tās.

IV stadija: IV stadijas krūts vēža gadījumā pamatterapija ir sistēmiska – ķīmijterapija, hormonterapija vai abas kopā – atbilstīgi audzēja hormonjutībai. Tikai ļoti retos gadījumos apsverama krūts dziedzera ķirurģiskās ārstēšanas nepieciešamība. Ārstēšana galvenokārt vērsta uz audzēja masas mazināšanu, simptomu kontroli un dzīves kvalitātes nodrošināšanu. Tā bieži ir kompleksa – staru terapija, ķīmijterapija un hormonterapija, pretsāpju terapija. Staru terapiju un/vai operāciju var izmantot arī noteiktu simptomu mazināšanai – atsāpināšanai, skeleta stabilizēšanai un higiēnas nolūkā. Simptomātiskās terapijas veids atkarīgs arī no audzēja metastāžu atrašanās vietas. Piemēram, sāpes kaulu metastāžu dēļ var ārstēt ar bisfosfonātiem un/vai distances staru terapiju kombinācijā ar nenarkotiskajiem un narkotiskajiem pretsāpju līdzekļiem. Sievietēm ar hormonjutīgiem audzējiem endokrīnās terapijas iespējas ir tādas pašas kā slimības III stadijas gadījumā, atsevišķos gadījumos gados jaunām sievietēm hormonatkarīga metastātiska vēža gadījumā hormonterapijas ietvaros var veikt olnīcu izņemšanas operāciju (ovarektomiju).

3.5. Simptomātiska terapija

Nereti metastātiska krūts vēža gadījumā ir nepieciešama dažādu simptomu kontrole un to mazināšana vai novēršana. Visbiežākais simptoms ir sāpes, kuras ir nepieciešams mazināt. Tāpat kā jebkuras citas izcelsmes sāpes, arī vēža gadījumā vieglas un vidējas sāpes ārstē ar parastiem pretsāpju medikamentiem – paracetamolu, ibuprofēnu un citiem. Ja sāpes ir stiprākas, var būt nepieciešami narkotiskie analģētiskie līdzekļi.

Staru un ķīmijterapijas gadījumā viena no biežākajām nevēlamajām blakusparādībām ir slikta dūša un vemšana, tomēr mūsdienās ir pieejami efektīvi līdzekļi šo blakņu novēršanai.

5 REHABILITĀCIJA

Pēc ārstēšanas svarīgi ir atgūt pašapziņu un ticību sev. Bieži vien, uzzinot diagnozi un piedaloties ārstēšanas procesā, parādās nomāktība un uztraukums par savu veselību, bailes no slimības atgriešanās. Tāpēc svarīga ir apzinātības praktizēšana, psihologa vai psihoterapeita konsultācija vai arī piedalīšanās psihosociālās rehabilitācijas programmā onkoloģiskajiem pacientiem. Tāpat var un vajag iesaistīties pacientu atbalsta organizācijās, kā arī aktīvā savas dzīves veidošanā. Jāatceras, ka nav iespējamas mainīt pagātni, bet vienmēr var mainīt tagadni, tādējādi ietekmējot nākotni!

Ļoti svarīgs ir ģimenes atbalsts, kā arī uzdrošināšanās atgriezties ikdienas dzīvē. Vēzis, ja to laikus atklāj un ārstē, ir hroniska slimība, ar kuru jāprot sadzīvot.

Šobrīd Latvijā onkoloģiskajiem pacientiem pieejama valsts apmaksāta psihosociālās rehabilitācijas programma *Spēka Avots*, ko ievieš biedrība „Dzīvības koks". Šajās sešu dienu programmās ar dalībniekiem strādā dažādi speciālisti – onkologi, psihoterapeiti, imunologi, fizioterapeiti un citi, kā arī dalībniekiem tiek dota iespēja iepazīt dažādas terapijas – mākslas, mūzikas, māla un citas. Psihosociālās rehabilitācijas galvenais mērķis ir atgriezt sievieti sociālajā dzīvē.

Rekonstruktīvā ķirurģija

Krūts ķirurģiska noņemšana bieži rada psiholoģisku un fizisku diskomfortu. To pārvarēt palīdz krūts rekonstrukcijas operācijas. Par šo iespēju noteikti jākonsultējas ar ārstu.

Krūts rekonstrukcija pēc radikālas mastektomijas

Krūti saglabājošas operācijas nav iespējamas visām pacientēm, tāpēc daļā gadījumu jāveic mastektomija. Mūsdienās krūts rekonstrukciju uzskata par neatņemamu krūts vēža ārstēšanas sastāvdaļu. Šī iespēja pacientei jāpiedāvā vai vismaz jāapspriež jau pirms onkoloģiskās operācijas – pacientes vēlēšanās ir galvenā indikācija rekonstruktīvai operācijai.

Ir divas galvenās rekonstrukcijas metožu grupas – **rekonstrukcija ar implantiem** un **rekonstrukcija ar pacientes audu pārvietošanu.**

© Dzīvības koks 2020

Abos gadījumos var būt nepieciešama arī otras krūts korekcija. Vienas operācijas laikā var veikt divas operācijas – onkoloģisko un krūts rekonstrukcijas operāciju (vienmomenta rekonstrukcija). Savukārt divmomentu (atliktā jeb vēlīnā) rekonstrukcijā ir divi posmi – onkoloģiska operācija ar sekojošu audzējspecifisku terapiju un rekonstrukcijas operācija pēc specifiskās terapijas pabeigšanas.

Krūts rekonstrukcija un onkoloģiskais process

Krūts rekonstrukcija pēc mastektomijas risina sievietes psiholoģiskās problēmas un ievērojami veicina sociālo adaptāciju. Pareizi izvēlēta krūts rekonstrukcijas metode nepasliktina onkoloģiskā procesa prognozi un netraucē ārstēšanu. Krūts rekonstrukciju var veikt gan pirms, gan pēc adjuvantās terapijas, un vienmomenta krūts rekonstrukcija parasti netraucē adjuvantajai terapijai. Pacientēm ar slimības IIB un III stadiju audzējiem sarežģīti plastikas veidi nav vēlami, lai neatliktu adjuvanto terapiju. Arī pacientēm ar ielaistu procesu ir tiesības uz rekonstrukciju, bet plastiskās operācijas indikācijas jāapsver īpaši rūpīgi.

NO VĒŽA NAV JĀBAIDĀS, VĒZIS IR JĀĀRSTĒ!

Psihoemocionālā atbalsta centrs (Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīcas Latvijas Onkoloģijas centrā):
tālrunis 67040830

Onkoloģisko pacientu atbalsta biedrība "Dzīvības koks":
tālrunis. 67625339,
dzivibaskoks@dzivibaskoks.lv, www.dzivibaskoks.lv

Pieteikšanās valsts apmaksātai psihosociālās rehabilitācijas programmai "Spēka Avots" www.dzivibaskoks.lv,
tālrunis 67625339

Onkoloģisko pacientu atbalsta biedrības "Dzīvības koks" mentoru kustība:
tālrunis 26323636

Buklets sagatavots pēc Krūts vēža Eiropas organizācju koalīcijas Europa Donna vadlīnijām.

Pateicamies par sadarbību Dr. med., asoc. profesoram **Jānim Eglītim**, biedrības "Latvijas Onkologu asociācija" prezidentam, Latvijas Universitātes Medicīnas fakultātes Onkoloģijas katedras vadītājam, asociētajam profesoram un vadošajam pētniekam, Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīcas Onkoķirurģijas klīnikas (Latvijas Onkoloģijas centra) Krūts ķirurģijas nodaļas vadītājam, Latvijas Krūts slimību asociācijas valdes loceklim un Latvijas Ķirurgu asociācijas biedram.

aslimnīca
RĪGAS AUSTRUMU KLĪNISKĀ UNIVERSITĀTES SLIMNĪCA

Onkoloģisko pacientu atbalsta biedrība "Dzīvības koks" ©