

# Onkoloģijas *Vēstis*

*Mēs piesakām cīņu neizdzīvotai dzīvei, mēs piesakām cīņu priekšlaicīgai nāvei – mēs piesakām cīņu vēzim.*

2013 #01



## *Onkoloģija – multidisciplināra mediķu sadarbība iespējami labākajam ārstēšanas rezultātam*

Audzēju diagnosticēšanas un ārstēšanas process, gadu desmitiem ejot, ir ne tikai ievērojami uzlabojies, bet arī sarežģījies. Ārstēšana ir atkarīga ne tikai no orgāna, kurā audzējs ir attīstījies, un tā izplatības tuvākajos limfas mezglos, bet arī no šūnu tipa, kā arī daļai audzēju: no īpašām olbaltumvielām – šūnu virsmas receptoriem – un pat noteiktām mutācijām audzēja gēnos. Turpinājums 3. lpp.

*Kvalitatīvas krūts vēža ārstēšanas pamatprincipi*  
4. lpp.

*Vīriešu veselības sardzē*  
8. lpp.

# Redaktora sleja



Tik bieži no mediķiem saistībā ar onkoloģiskām slimībām izskan retorisks jautājums: „Kur tad jūs agrāk bijāt?!” Un tik tiešām ļoti bieži slimības sākotnējie simptomi ir tikuši ignorēti ar cerību, ka varbūt pāries... Ikvienu kolēģi, kurš kādreiz pacientam ar onkoloģisku slimību ir teicis vai nodomājis: „Kur tad jūs bijāt agrāk?”, aicinu padomāt – ko esmu darījis, lai pacients pie manis atnāktu agrāk (savlaicīgi)? Vai esmu darījis visu, lai pacients saņemtu labāko iespējamo ārstēšanu? Savukārt ikvienu pacientu, kurš kritizē saņemto palīdzību, aicinu vispirms padomāt – cik apzinīgi es pildu pienākumus savā darbā?

Cik laipns esmu pret saviem līdzcilvēkiem? Un cik apzinīgi es maksāju nodokļus valstij, lai varētu saņemt valsts apmaksātu veselības aprūpi? Un kad mēs ik dienas dosimies savās darba gaitās un prātā paturēsim šīs domas un savu darbu veiksīm pēc vislabākās sirdsapziņas – nevis tā, kā man ir vienkāršāk un izdevīgāk, bet tā, lai ir labāk maniem līdzcilvēkiem –, tad mēs dzīvosim laimīgā un pārtikušā valstī, kādu mēs visi vēlamies.

Liels paldies tiem kolēģiem, kuri atsaucās uzaicinājumam un ziedoja savu laiku, lai uzrakstītu sabiedrībai noderīgu vēstījumu. Ar dalību šai izdevumā jūs esat veicinājuši sabiedrības izglītošanu un onkoloģisko slimību savlaicīgu diagnostiku. Jūs esat veicinājuši to, lai pacients pie ārsta nonāktu agrāk (savlaicīgi) un nebūtu jāsaka: „Kur jūs bijāt agrāk?” Ceru arī uz turpmāku sadarbību, jo sabiedrības izglītošana nav vienreizējs pasākums – tas ir nepārtraukts process un, pats galvenais, katra mediķa pienākums.

Paldies lasītāj, ka lasāt šo izdevumu – ceru, ka apmeklēsiet valsts organizētās onkoloģiskā skrīninga programmas un sekosiet līdzi, lai to darītu jūsu tuvinieki. Ceru, ka uzzināsi vairāk par sevi un to, kā dzīvot, lai izvairītos no onkoloģiskām slimībām. Ceru, ka vienuviet sniedzām noderīgu informāciju, kur vērsties pēc palīdzības, ja jums vai jūsu tuviniekiem radušās aizdomas par onkoloģisku saslimšanu. Veselību jums 2013. gadā!

**Māris Mežekis**, ārsts

Kurzemes Onkoloģijas attīstības biedrības valdes priekšsēdētājs  
„Onkoloģijas Vēstis” galvenais redaktors

Sīkāku informāciju par biedrību un pieteikuma veidlapas dalībai biedrībā var lejuplādēt Kurzemes Onkoloģijas attīstības biedrības mājaslapā: [www.koab.yolasite.com](http://www.koab.yolasite.com) Adrese: Slimnīcas iela 25, Liepāja, kurzemesoab@gmail.com Tālr./fakss 63403297, mob. 26401267

Aicinām pieteikties veselības industrijas pārstāvju atbalstam biedrības darbības nodrošināšanai un nākamā izdevuma sagatavošanai.

Aicinām pieteikties pacientus, kas būtu gatavi dalīties savā pieredzē par ārstēšanos onkoloģiskas saslimšanas gadījumā. Biedrība strādā pie

Onkoloģisko pacientu savstarpējā atbalsta tīkla izveides, kurā pacienti varēs savstarpēji dalīties pieredzē par onkoloģisko slimību ārstēšanu.

Aicinām iedzīvotājus iesūtīt sevi interesējošos jautājumus rubrikai „Jautā iedzīvotāji” par onkoloģiskām slimībām uz e-pastu: kurzemesoab@gmail.com

Medicīniskais redaktors: Māris Mežekis

Redaktors: Indra Grase, Ingrida Mežeka

Salikums: SIA „Balti Group” Kristīne Ekbauma

Foto: Gunārs Kopštāls (tautas fotostudija fotast.lv), Indra Grase

KOAB pateicas rakstu autoriem par veltīto laiku.

KOAB pateicas medicīnas industrijas pārstāvjiem par finansiālo atbalstu veselības veicināšanas izdevumu izdošanai.

Izdevumu atbalsta:



# Onkoloģija – multidisciplināra mediķu sadarbība iespējami labākajam ārstēšanas rezultātam

*Māris Mežeckis* – radiologs-terapeits, LRS Staru terapijas nodaļas vadītājs, Kurzemes Onkoloģijas attīstības biedrības valdes priekšsēdētājs

Turpinājums no 1. lpp. Onkoloģisko slimību ķirurģiska ārstēšana ir viena no senākajām onkoloģisko slimību ārstēšanas metodēm. Šajā ķirurģijas novirzienā bija daudz nianšu ārstēšanas taktikā un operāciju metodikā, kas bija par pamatu onkologa specialitātes izveidei. Tomēr laika gaitā atklājās, ka ķirurgam, kurš ārstē onkoloģiju, jāpārzina arī citas ķirurģiskās slimības, tādēļ galu galā onkoloģisko slimību ķirurģiska ārstēšana ir Latvijas Ķirurgu asociācijas pārziņā. Kad tika atklāts, ka atsevišķi audzēji ir ārstējami ar jonizējošo starojumu, daļa onkologu specializējās nevis ķirurģiskās ārstēšanas metodēs, bet ārstēšanā ar jonizējošo starojumu – staru terapijā. Šim ārstniecības novirzienam attīstoties un kļūstot sarežģītākam, radās nepieciešamība izveidot atsevišķu medicīnas specialitāti – terapeitisko radioloģiju (staru terapiju). Savukārt atklājumi par medikamentu pozitīvo ietekmi uz audzēju ārstēšanas procesa iznākumu deva pamatu medikamentozās terapijas (ķīmijterapijas) izveidei. Arī šajā ārstniecības virzienā sākotnēji strādāja onkologi, bet vēlāk tika izveidota specialitāte onkologs-ķīmijterapeits. Tiesa, mācību iestādes vēl labu laiku pēc šo izmaiņu norises turpināja sagatavot onkologus bez specializācijas kādā no iepriekš minētajiem ārstniecības novirzieniem, kaut arī onkologa loma onkoloģisko slimnieku ārstēšanā vairs nebija tā, kas sākotnēji. Vēlāk tika arī mainīti normatīvie akti, un arī specialitātes nosaukums „onkologs” tika mainīts uz „onkologs-ķīmijterapeits”.

Izšķiroša loma audzēja un tā izplatības precīzā un savlaicīgā diagnostikā ir radiologiem-diagnostiem, endoskopijas speciālistiem un morfoloģiem. Papildus tam ārstēšanas taktiku bieži vien ietekmē pacienta blakusslimības, kuru ārstēšanu vislabāk pārzina iekšējīgo slimību un citi ārsti. Katras ārstēšanas metodes priekšrocības un trūkumus vislabāk pārzina attiecīgās specialitātes ārsts. Lai pieņemtu pareizākos lēmumus un realizētu onkoloģiskā pacienta aprūpi iespējami labi, procesā ir iesaistīti daudzi ārsti un medicīnas darbinieki. Ne visas ārstēšanas nianšes ir pilnībā izpētītas un zināmas. Un arī speciālistu domas par vienu un to pašu ārstēšanas metodi var atšķirties, tādēļ reizēm nepieciešams pat divu neatkarīgu vienas specialitātes ārstu viedoklis. Lai pacientam lēmumu pieņemšanā garantētu dažādu ārstēšanas alternatīvu izskatīšanu, pirms ārstēšanas uzsākšanas un tās gaitā dažādas ārstēšanas alternatīvas tiek apsvērtas multidisciplinārā Onkoloģijas konsilijā.

Lai arī onkoloģisko slimību ārstēšana Liepājas Reģionālajā slimnīcā notiek jau kopš tās dibināšanas brīža, regulārs Onkoloģijas konsilijis tiek organizēts kopš 2010. gada janvāra. Liepājas Reģionālā slimnīca ir viena no nedaudzajām onkoloģisko pacientu ārstniecības iestādēm, kur vienuviet strādā daudz dažādu speciālistu, kuriem katram noteiktā brīdī var būt izšķiroša loma pareizākā lēmuma pieņemšanā. Kopš Onkoloģijas konsilija izveides bez onkoloģijas trīs pamatspecialitāšu pārstāvjiem tajā regulāri piedalās un sniedz vērtīgus ieteikumus un rekomendācijas internisti-pulmonologi, gastroenterologi, ginekologi, urologi. Bieži nepieciešams sīkāku informāciju pieprasīt no radiologa-diagnosta, patologa un citologa. Tāpat atsevišķos gadījumos izšķirošs ir bijis asinsvadu ķirurga, traumatologa-ortopēda, plastikas un mikroķirurģijas speciālista slēdziens. Tas kopumā veido mūsdienīgu pieeju onkoloģisko slimību ārstēšanas procesam – multidisciplināru komandu labākajam onkoloģisko saslimšanu ārstēšanas rezultātam.

# Kvalitatīvas krūts vēža ārstēšanas pamatprincipi



Dr. *Alise Hincenberga* –  
ķirurgē



Dr. *Māris Mežekis* –  
radiologs-terapeits



Dr. *Ieva Vaivode* –  
onkoloģe-ķīmijterapeite

Krūts vēzis ir biežākā onkoloģiskā slimība sievietēm Latvijā. Pēdējos gadu desmitos ir ievērojami uzlabotas krūts vēža ārstēšanas iespējas – ir atklātas efektīvas ķirurģiskās ārstēšanas metodes un jauni, efektīvāki medikamentozās terapijas jeb ķīmijterapijas līdzekļi, kā arī ievērojami ir uzlabotas staru terapijas iespējas. Tomēr, neskatoties uz ievērojamo ārstēšanas rezultātu uzlabošanu, Latvijā tas ir biežākais nāves cēlonis sievietēm vecuma grupā no 35 līdz 64 gadiem. Tāpat kā citu audzēju gadījumā, labākie ārstēšanas rezultāti sasniedzami, agrīni diagnosticējot krūts audzēju (sk. tabulu), tādēļ īpaši svarīgi ir atsaukties uz valsts organizētās Krūts vēža skrīninga programmas uzaicinājumu.

Krūts vēža ķirurģijas pirmsākumos operācijas metodes bija agresīvas – tika veikta ne tikai krūts dziedzeris, bet arī krūšu muskuļu izgriešana. Tāpat tika veiktas ievērojami plašākas reģionālo limfmezglu operācijas. Tas radīja ievērojami biežākas un smagākas blakusparādības, salīdzinot ar mūsdienu ķirurģijas metodēm. Pacientes cieta no rokas nervu jušanas traucējumiem, nepatīkamām un grūti ārstējamām neiropātiskām (nervu) sāpēm un limfas attecēs traucējumiem, ko pavadīja ādas infekcijas. Attīstoties papildu (adjuvantajām) ārstēšanas metodēm – staru terapijai un ķīmijterapijai –, tika veikti pētījumi ar mērķi mazināt blakusparādības, saglabājot ārstēšanas rezultātu. Tā 1924. gadā tika veikta lokāla audzēja ekscīzija ar papildu staru terapiju, kuru īstenoja, ar rādija adatām ievadot operācijas ložā. Tāpat tika meklētas iespējas veikt plastiskas operācijas, lai sievietēm būtu iespēja saglabāt dabas dotās ķermeņa formas. Pirmā krūts rekonstrukcija ar krūšu muskuli tika veikta jau 1906. gadā. Tomēr radikāls pavērsiens krūts dziedzeris audzēju ārstēšanā notika tikai 1990. gadā, kad tika atklāts, ka krūti saglabājoša operācija, kuru papildina staru terapija, ir tikpat efektīva kā pilnīga krūts dziedzeris amputācija. Tomēr jāatceras, ka ne visos gadījumos ir iespējams veikt krūti saglabājošu operāciju. To nevar veikt, ja audzējs ir ļoti ielaists vai pacientei ir vairāki audzēji dažādos krūts dziedzeris apvidos, un citos gadījumos, kas apgrūtina operācijas norisi vai papildus

<p>Stadija (vienkāršoti – precīzāku stadiju izskaidrojumu meklēt <a href="http://www.onko.lv">www.onko.lv</a> sadaļā Krūts vēzis/Diagnostika/Krūts vēža klasifikācija)</p>	<p>Cik patientes būs dzīvas 5 gadus pēc diagnozes uzstādīšanas, ja saņems vislabāko pieejamo ārstēšanu, %</p>
<p><b>0</b> (mikroskopisks audzējs bez iesaistīšanas apkārtējos audos)</p>	 <p>100%</p>
<p><b>I</b> (audzējs mazāks par 2 cm)</p>	 <p>98%</p>
<p><b>IIA</b> (audzējs bijis izmērā 2–5 cm vai 1–3 limfas mezglos bijušas audzēja šūnas)</p>	 <p>88%</p>
<p><b>IIB</b> (audzējs bijis izmērā virs 5 cm vai 1–3 limfas mezglos bijušas audzēja šūnas)</p>	 <p>76%</p>
<p><b>IIIA</b> (audzējs ir bijis izmērā virs 5 cm un ir bijuši iesaistīti 1–3 limfmezgli vai audzējs ir bijis mazāks, bet ir bijuši iesaistīti 4–9 paduses limfas mezgli)</p>	 <p>56%</p>
<p><b>IIIB</b> (audzējs bijis iesaistījis krūšu kurvja sienā vai ādā neatkarīgi no iesaistīto limfmezglu skaita)</p>	 
<p><b>IIIC</b> (jebkura lieluma audzējs, ja bijuši iesaistīti 10 un vairāk paduses limfmezgli vai attālāki limfas mezgli)</p>	 <p>49%</p>
<p><b>IV</b> (audzēja šūnas atrastas ārpus krūts dziedera un tuvākajiem limfas mezgliem – attālas metastāzes)</p>	 <p>16%</p>

piemērojamo terapiju. Lēmums par operācijas apjomu jāpieņem, konsultējoties ar ķirurgu, kas specializējies krūts dziedera ķirurģijā. Jāpiebilst, ka pat tad, ja ir veikta krūts dziedera amputācija, pēc papildu ārstēšanas (ķīmijterapijas un staru terapijas) piemērošanas parasti ir iespējams veikt krūts rekonstrukciju ar paša ķermeņa audiem vai ievieojot speciālu implantu. Tādēļ katra krūts ķirurga pienākums ir informēt pacienti par visām ārstēšanas alternatīvām, lai kopīgi ar pacienti izvēlētos vispiemērotāko ārstēšanu un informētu pacienti par krūts rekonstrukcijas iespējām.

Staru terapija krūts audzēja gadījumā visbiežāk tiek izmantota kā papildinoša ārstēšanas metode, kas piemērojama pēc ķirurģiskas ārstēšanas, lai iznīcinātu atsevišķas audzēja šūnas, kas atradušās audzēja tuvumā esošajos audos vai limfas mezglos. Veiktie pētījumi samērā skaidri ir uzrādījuši, kuros gadījumos staru terapija sniedz būtisku uzlabojumu ārstēšanas rezultātos un kuros tā ir lieka. Staru terapija bieži tiek piemērota arī kā papildu metode neārstējamos gadījumos, lai uzlabotu pacienta dzīves kvalitāti – mazinātu kaulu sāpes, novērstu audzēja izraisītu asiņošanu, mazinātu audzēja metastāžu ietekmi uz galvas smadzenēm vai citiem orgāniem. Mūsdienu staru terapija ļauj samērā precīzi paredzēt un plānot jonizējošā starojuma sadalījumu organisma audos, tādējādi mazinot smagu blakusparādību iespējas. Āda staru terapijas laikā visbiežāk ir apsārtusi un līdzīga saules pārsauļotai ādai, tomēr vietas, kur novēro ādas jēlumu un mitrošanu, parasti ir nelielas un sadzīst dažu nedēļu laikā pēc staru terapijas kursa beigām.

Trešā metode krūts vēža ārstēšanā ir ķīmijterapija. Vēl nesenā pagātnē šis vārds izraisīja visnepatīkamākās asociācijas – slikta dūša, vemšana, vēdera izejas traucējumi, nespēks, galvassāpes un citas toksiskas reakcijas. Mūsdienās, gan pateicoties uzlabotiem medikamentiem, gan to kombinācijām, gan arī papildus nozīmētai terapijai, šo nepatīkamo blakusparādību skaits ir ievērojami samazinājies. Daži pacienti atzīmē nedaudz sliktāku pašsajūtu tikai pirmās nedēļas laikā, bet vairākumā gadījumu ķīmijterapija gandrīz nerada traucējumus ikdienā. Papildu ārstēšana, kas tiek dota īsi pirms ķīmijterapijas ievades, nodrošina to, ka tās laikā pacientēm gandrīz nav nepatīkamu sajūtu vai arī tās ir viegli panesamas.

Tātad – no ķīmijterapijas nav jābaidās! Bet kāpēc tā nepieciešama, un kad to nozīmē? Gan operācija, gan staru terapija ir tikai lokāls ārstēšanas veids. Ja mēs droši zinātu, ka audzējs nav paguvis izplatīties ārpus tā atrašanās vietas, ar divām iepriekš minētajām metodēm pilnīgi pietiktu. Diemžēl to noteikt ir praktiski neiespējami. Tāpēc lielākajā daļā krūts vēža gadījumu ir nepieciešama arī ķīmijterapija, kas darbojas uz visu organismu, un pasargā no vēža šūnām, kas jau nonākušas vai var nonākt citos orgānos un audos. Tādēļ ķīmijterapija krūts vēža gadījumā tiek izmantota ļoti plaši. Tā var būt:

- 1) sākumterapija, lai samazinātu vai atvieglotu operāciju (saukta par neoadjuvantu);
- 2) pēc operācijas, turpmākai slimības profilaksei (saukta par adjuvantu), īpaši būtiski tas ir pēc krūti saudzējošām operācijām;
- 3) pamatārstēšana, ja slimība ir izplatījusies vai atkārtojas (metastāzes vai recidīvs – saukta par paliatīvu).

Ķīmijterapija parasti tiek nozīmēta kursu veidā (ar 1, 2, 3, retāk 4 nedēļu pārtraukumu). Katrs nozīmētais kurss parasti aizņem vienu, retāk vairākas dienas. Atsevišķos gadījumos tiek nozīmēts viens medikaments, bet pārsvarā tā ir vairāku atšķirīgas iedarbības medikamentu kombinācija. Ārsta izvēli par to, kāda būtu vēlamā ārstēšanas shēma, nosaka slimības pazīmes. Ķīmijterapijas saņemšanas laiks parasti ir ierobežots (apmēram 6 kursi), un tikai pamatārstēšanas gadījumā tā turpinās ilgstoši. Bez ķīmijterapijas bieži tiek nozīmēta arī hormonterapija, kas atšķirībā no ķīmijterapijas vienmēr ilgst vairākus gadus.

Salīdzinoši jaunāks krūts audzēja ārstēšanas veids ir tā sauktā mērķa terapija. Mērķa terapijas gadījumā medikaments ir specifiska anti viela, kas bloķē noteiktus receptorus audzēja šūnās. Daļa krūts audzēju uz šūnu virsmas satur HER2 receptorus, tādēļ, diagnosticējot krūts audzēju, ar speciāliem reaģentiem tiek noteikta šo receptoru esamība un daudzums uz šūnu virsmas. Ir zinātniski pierādīts, ka pacientēm ar audzēju, kura šūnas satur daudz HER2 receptorus, uzlabojas terapijas efektivitāte un samazinās iespēja, ka slimība uzliesmos atkārtoti, ja šo receptoru nobloķē ar speciāla medikamenta palīdzību.

#### **Kopumā piemērotāko ārstēšanu krūts vēža gadījumā nosaka šādi faktori:**

- 1) slimības stadijas, ko nosaka pirms un precizē pēc operācijas;
- 2) audzēja īpašības, histoloģiskais (šūnu) tips un virsmas receptori paraugā, kas paņemts pirms operācijas vai iegūts operācijas laikā;
- 3) vispārējais veselības stāvoklis un blakus slimības;
- 4) pacientes pašas vēlmes un iespējas sadarboties ārstniecības procesā.

Lai arī medikamentozā ārstēšana pēdējo gadu desmitu laikā ir kļuvusi efektīvāka un saudzīgāka, labākā ārstēšanas rezultāta sasniegšanai ļoti būtiska ir personīgā attieksme pret veselību – agrīna diagnostika un vēlme sadarboties ārstēšanas procesā.



Jautājumi un atbildes par vēzi un tā ārstēšanu

[WWW.ONKO.LV](http://WWW.ONKO.LV)

Jautā par audzēju agrīnas diagnostikas programmām savam ģimenes ārstam!

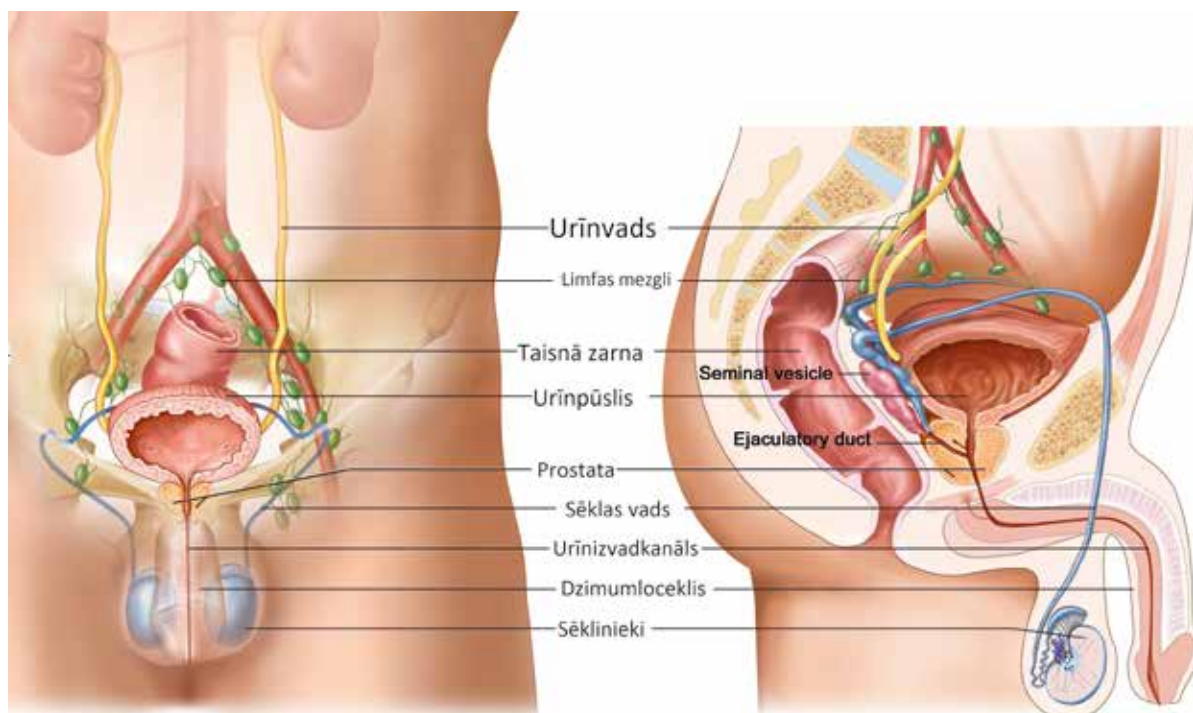
# Vīrieša veselības sardzē



*Pēdējā laikā sabiedrībā tiek aktualizēta sieviešu, bērnu, ģimeņu veselība, bet nepelnīti tiek aizmirsta vīriešu – stiprā dzimuma – veselība. Šoreiz vēlos atgādināt par ļoti nozīmīgu vīriešu saslimšanu – priekšdziedzera vēzi.*

Dr. **Dzintra Litavniece** – ārste uroloģe, onkoloģe-ķīmijterapeite, Liepājas Reģionālās slimnīcas Uroloģijas nodaļas virsārste, Kurzemes Onkoloģijas attīstības biedrības viceprezidente

Onkoloģisko slimību sekmīgā ārstēšanā vissvarīgākais ir saslimšanas agrīna diagnostika. Pēdējos gados saslimstība ar onkoloģiskām slimībām kopumā pieaug. Latvijā, pēc statistikas datiem, jau vairākus gadus prostatas vēzis ieņem 2. vietu pēc saslimstības gadījumu skaita – tūlīt aiz plaušu vēža. Daļēji tas ir saistīts ar to, ka ir ieviestas jaunas medicīnas metodes un tehnoloģijas, ar ko iespējams atšķirt prostatas audzēju no citām slimībām. Visbiežāk prostatas audzēju sastop vīriešiem pēc 40 gadu vecuma. Jo pacients kļūst vecāks, jo risks saslimt ar prostatas vēzi ir augstāks, un vecumā no 80 līdz 90 gadiem risks ir no 70–90 procentiem. Prostatas audzējs sākuma stadijās parasti nerada sūdzības, tādēļ nereti šo diagnozi atklāj novēloti un to var atklāt pat pēc nāves. Tādējādi nereti vīrieši, kuriem ir prostatas audzējs, no tā nemirst, bet gan beidz dzīvi citu saslimšanu dēļ, un prostatas audzējs tiek atklāts tikai kā pavadoša saslimšana.



Vai pastāv iespēja izvairīties no ļaundabīga audzēja? Prostatas ļaundabīga audzēja veidošanās procesā nozīme ir iedzimtībai, dzīvesveidam un uzturam. Vīrietim, kura tēvam ir bijis prostatas audzējs, iespēja saslimt ar šo slimību ir aptuveni 2,5 reizes lielāka, bet ja ar prostatas audzēju ir slimojis brālis, risks pieaug 4,5 reizes. Runājot par dzīvesveidu un uzturu, vislabākais piemērs ir par japāņiem, kas pārceļas dzīvot uz Amerikas Savienotajām Valstīm. Japāņi slimo ar priekšdziedzera vēzi retāk nekā amerikāņi, bet ja dodas dzīvot uz Ameriku, drīz viņu risks saslimt ar prostatas vēzi ir tikpat liels kā Amerikā dzīvojošiem vīriešiem. Tas norāda uz to, ka liela nozīme šī audzēja attīstībā ir uzturam un tā bioloģiskajai kvalitātei, liekajam svaram, ilggadīgai saskarsmei ar kaitīgām ķīmiskām vielām, smagajiem metāliem, pesticīdiem u.c.

Priekšdziedzera audzēja sākotnējās stadijās sūdzību pārsvarā nav vai tās ir nenozīmīgas un saistītas ar urinācijas traucējumiem Tādējādi agrīnu diagnozi var noteikt tikai tad, ja vīrietis veic profilaktiskās apskates: prostatas specifiskā antigēna (PSA) testu, ko nosaka asins analīzē. Tātad nepieciešams urologa apmeklējums, lai veiktu padziļinātu prostatas izpēti. Jāatceras, ka PSA tests vēl nenorāda uz prostatas vēža klātbūtni un nav izvērtējams bez konsultācijas pie speciālista. Paaugstināts PSA rādītājs var būt citu prostatas saslimšanu vai prostatas iekaisuma gadījumā.

Prostatas vēža diagnozi apstiprina vienīgi histoloģiskais materiāls, ko iegūst prostatas punkcijas vai biopsijas rezultātā. Ja biopsijas atbilde ir negatīva, bet simptomi liecina par iespējamu prostatas audzēju, urologs var noteikt atkārtotu biopsiju.

Ko darīt, ja ir atklāts ļaundabīgs prostatas audzējs? Jebkurā gadījumā ārstēšanas metode tiek izvēlēta, izvērtējot slimības stadiju (vai slimība ir skārusi tikai prostatu vai izplatījusies tālāk), kā arī pacienta vispārējo veselības stāvokli un blakus saslimšanas. Ārstēšanas metodi izvēlas, respektējot pacienta vēlmes un dzīvesveidu. Priekšdziedzera vēža ārstēšanā tiek lietotas šādas metodes:

- 1) radikāla operācija;
- 2) hormonterapija, kombinējot ar staru terapiju;
- 3) hormonterapija vai staru terapija atsevišķi;
- 4) novērošana.

Radikālas operācijas laikā izoperē priekšdziedzeri ar sēklas pūslīšiem un limfmezgliem.

Svarīgi saprast, ka hormonterapija neizārstē prostatas vēzi, bet gan kavē slimības izplatību un pagarina dzīvildzi. Hormonterapiju var organizēt divējādi: ar medikamentu palīdzību vai ķirurģiski (izoperējot sēkliniekus jeb oliņas). Hormonterapijas mērķis ir likvidēt vīrišķo hormonu organismā, kas, protams, izraisa blakusparādības – muskuļu masas samazināšanos, svara palielināšanos, krūšu sāpīgumu, dzimumtieksmes samazināšanos, erekcijas zudumu un citas. Jebkura šī komplikācija var izraisīt emocionālus traucējumus pacientam, un katrā gadījumā individuāli izvērtējami potenciālie ieguvumi pacientam un lietotās ārstēšanas radītie apgrūtinājumi.

Prostatas audzēja radītās sūdzības nav specifiskas, tādas var būt arī citu slimību gadījumā, tādēļ vīrietim pēc 50 gadu vecuma profilaktiski jāapmeklē urologs. Audzēja diagnozi apstiprina tikai biopsija, nevis izmaiņas PSA. Nedrīkst aizmirst prostatas audzēja riska faktorus (iedzimtība, vide, ieradumi). Šodien lietojamās prostatas vēža ārstēšanas metodes ir dažādas, un tās izvēlē tiek ņemta vērā slimības stadija, pacienta vispārējais veselības stāvoklis, vecums, kā arī pacienta vēlmes.

Liepājas Reģionālajā slimnīcā ikvienu onkoloģiskās saslimšanas gadījumu izskata ārstu konsīlijs, ņemot vērā iepriekš minētos faktorus, un katram gadījumam, situācijai apstiprina visoptimālāko ārstēšanas veidu. Liepājas Reģionālajā slimnīcā strādā četri ārsti urologi: **Dzintra Lītavniece**, **Aleksandrs Plužņikovs**, **Igors Carevs** un **Mārtiņš Silenieks**. Konsultāciju var saņemt, pierakstoties pa Konsultatīvās nodaļas tālruniem 63403231, 63403264 vai ar e-pieraksta starpniecību izmantojot slimnīcas mājaslapu [www.liepajasslimnica.lv](http://www.liepajasslimnica.lv). Liepājas Reģionālajā slimnīcā ir pieejamas visa veida uroloģiskās izmeklēšanas metodes un jebkura apjoma operācijas.

Kombinējot hormonterapiju ar staru terapiju, panāk lielāku iedarbību uz audzēju šūnām un samērā veiksmīgu slimības ārstēšanu, taču jāatceras, ka radioaktīvais starojums var ietekmēt blakus esošos audus, radot blakusparādības. Terapijas laikā biežāk novērojamās blakusparādības ir bieža vēdera izeja un bieža urinācija. Mūsdienīga staru terapijas aparatūra un lietotās metodes atļauj veikt precīzu starojuma lauka izveidi un katram pacientam individuāla plāna izveidi. Datorizētas plānošanas sistēmas ļauj precīzi paredzēt staru devas sadalījumu audos un piemeklēt staru terapijas iekārtas parametrus, kas nodrošina labāko iespējamo rezultātu. Izmantojot mākslīgos implantus priekšdziedzerī, šī ārstēšanas metode kļūst vēl precīzāka, jo uzlabo pacienta novietošanas precizitāti un ļauj precīzi noteikt priekšdziedzera atrašanās vietu. Tas ļauj pievadīt augstāku starojuma devu un samazina blakusparādību biežumu un smagumu.

Atsevišķos gadījumos, izvērtējot audzēja dabu, slimības izplatību, blakusslimības un pacienta vecumu, vispiemērotākā metode slimības kontrolei var būt novērošana. Šajā gadījumā pacientam jāatrodas sertificēta urologa uzraudzībā, kurš regulāros izmeklējumos izvērtē, vai slimība nesāk strauji progresēt, un izskaidro novērošanas taktikas būtību.

Prostatas vēža ārstēšanā, pēc jebkuras lietotās metodes, nepieciešama pacienta dinamiska novērošana pie urologa. Arī pēc radikālas operācijas (prostatektomijas), nepieciešams apmeklēt urologu un ārstēšanas rezultātu kontrolēt, nosakot PSA (prostatas specifisko antigēnu) asinīs.

Esat sasniedzis 50 gadu vecumu?

Pieprasiet savam ģimenes ārstam vēdera izejas slēpto asiņu testu!

Agrīni atklātu zarnu audzēju var sekmīgi ārstēt.



Sīkāka informācija:  
[www.vmnvd.gov.lv](http://www.vmnvd.gov.lv)  
[www.onko.lv](http://www.onko.lv)

# Viss par dzemdes kakla vēzi



Dr. *Margarita Vasjutenko* –  
ārste onkoloģe – ginekoloģe  
Liepājas Reģionālās slimnīcas Ginekoloģijas  
nodaļas Dzemdību un ginekoloģijas bloka  
ginekoloģe, dzemdību speciāliste

Dzemdes kakla vēzis Latvijā un pasaulē pēc krūts vēža ir otra biežāk sastopamā ļaundabīgā audzēja lokalizācija sievietēm vecumā līdz 45 gadiem. Jaunākā sieviete, kurai Latvijā tika atklāts dzemdes kakla vēzis, bija 18 gadus veca, lai gan tipiski augstākā dzemdes kakla vēža sastopamība ir ap 40 gadu vecumu.

Dzemdes kakla vēzis (t.sk. pirmsvēža bojājumi) sievietēm rada ļoti nopietnas veselības, psiholoģiskās un sociālās problēmas un ir arī nopietns emocionālā un fiziskā stresa cēlonis. Labās ziņas ir tās, ka attīstās dzemdes kakla vēža profilakse (ir pieejamas HPV vakcīnas), kā arī diagnostika un ārstēšana.

Dzemes kakla vēža cēlonis (precīzāk – obligāts priekšnosacījums) ir cilvēka papilomas jeb HPV vīruss (*human papilloma virus* – HPV). HPV vīruss ir ļoti plaši sastopams un ar to ir viegli inficēties. Tas var tikt pārnestas dzimumakta laikā un dažkārt pat tikai intīma ādas kontakta rezultātā dzimumorgānu rajonā. Ar šo vīrusu var inficēties ikviens cilvēks, kuram ir seksuālas attiecības, neatkarīgi no vecuma un iedzimtības. Arī ilgstošas stabilas partnerattiecības nebūt nepasargā no dzemes kakla vēža cēloņa – HPV infekcijas. Ir pierādīts, ka aptuveni 50–80% seksuāli aktīvu sieviešu kādā savas dzīves posmā inficējas ar cilvēka papilomas vīrusu. Turklāt vairāk nekā 70% šo infekciju ir saistītas ar vīrusa onkogēnajiem jeb vēzi izraisošajiem tipiem.

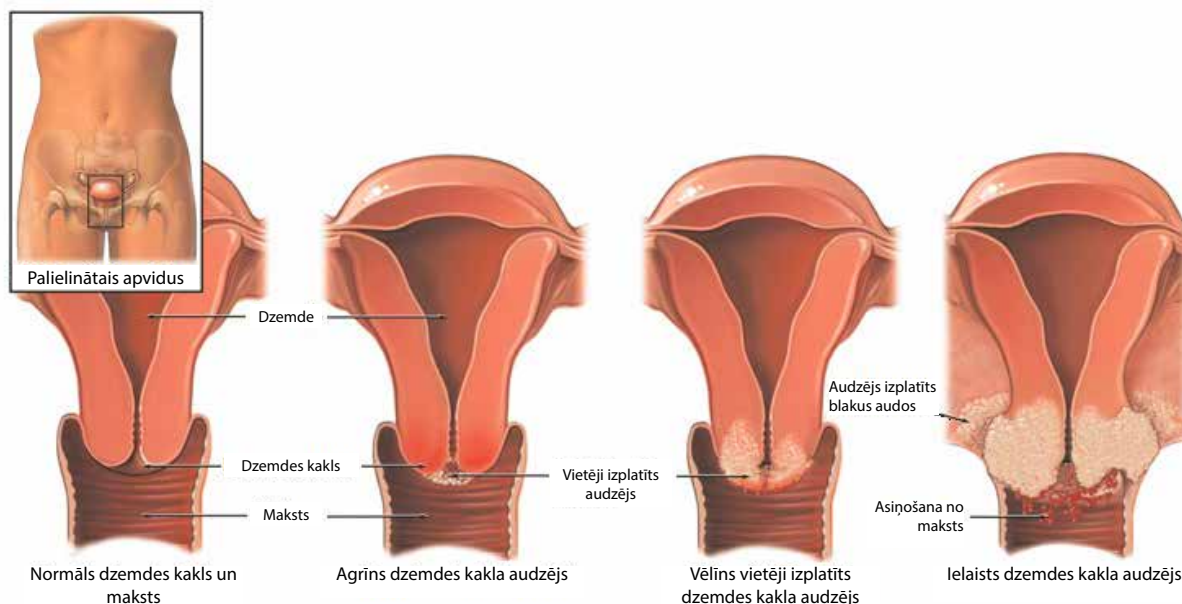
Ir sastopami vairāk nekā 100 HPV tipi. Vairākums no tiem ir zema riska tipi un rada niecīgu risku dzemes kakla vēža attīstībai. Savukārt augsta riska tipi var veicināt normai neatbilstošu jeb izmainītu šūnu attīstību, kas noved pie dzemes kakla vēža. Visbiežākie ļaundabīgā audzēja cēloņi jeb izraisītāji ir HPV 16. un 18. tips – tie izraisa 71,5% no visiem dzemes kakla vēža gadījumiem.

Dzemes kakla vēža risks visvairāk attiecināms uz tām sievietēm, kuras ilgstoši inficētas ar HPV vīrusu. Ja organisms nespēj tikt galā ar infekciju paša spēkiem, tā kļūst nepārejoša un pamazām rada izmaiņas dzemes kakla šūnās, kas zināmā laika periodā var izraisīt ļaundabīgo audzēju. Dzemes kakla vēža risks attiecas gan uz jaunām, gan arī vecākām sievietēm – ikviens no viņām var pirmreizēji vai atkārtoti inficēties ar onkogēnajiem HPV tipiem. Ar gadiem nepārejošas HPV infekcijas risks pieaug – sievietēm vecumā pēc 45 gadiem imūnās atbildes reakcija pavājinās. Kaut inficēšanās gadījumā organisms izstrādā specifiskas vīrusa antivielas, var notikt atkārtota inficēšanās pat ar tiem pašiem HPV tipiem. Proti, sākotnējā HPV infekcija var neradīt pietiekamu imunitāti pret atkārtotiem inficēšanās gadījumiem vai nemazināt risku, ka šī infekcija kļūst nepārejoša. Risku inficēties ar HPV un saslimt ar dzemes kakla vēzi veicina daudzi riska faktori: agrīni uzsākta seksuālā dzīve, bieža partneru maiņa, liels grūtniecību skaits; smēķēšana, ilgstoša perorālo kontracepcijas līdzekļu lietošana, seksuāli transmisīvās infekcijas – hlamīdiu infekcija, herpes *simplex II* tips, gonoreja, cilvēka papilomas vīruss (HPV), novājināta imunitāte un slikts sociālekonomisks stāvoklis.

Attīstoties dzemes kakla vēzim, relatīvi agrīni simptomi ir asiņošana pēc dzimumakta, asiņaini izdalījumi menopauzē vai starp menstruācijām, strutaini izdalījumi ar nepatīkamu smaku. Vēlīni simptomi ielaista audzēja gadījumā ir urīnizvades traucējumi, sāpes, kāju tūska.

Attīstība līdz vēža stadijai norit vidēji 10–20 gadus, tomēr audzējs var attīstīties arī viena vai divu gadu laikā. Pirmsvēža šūnas ir normai neatbilstošas šūnas, kas mainījušas savu formu, izmēru vai struktūru. Šīs šūnas tiek dēvētas par pirmsvēža tāpēc, ka tās var attīstīties un kļūt ļaundabīgas. Tikpat labi tās var arī regresēt un atgūt normai atbilstošu uzbūvi.

Pirmsvēža šūnu izmaiņas atkarībā no to attīstības jeb slimības stadijas tiek iedalītas vairākās pakāpēs – no vieglas līdz smagai. Medicīniski šīs izmaiņas dēvē par dzemes kakla intraepiteliālo neoplāziju (*Cervical Intraepithelial Neoplasia* – CIN, kas tiek iedalīta pakāpēs no CIN 1 (viegla) līdz CIN 3 (smaga)).



## Diagnostika

Onkocitoloģiskās uztriepes pārbaude ir efektīvākā dzemdes kakla diagnostikas jeb šūnu izmaiņu noteikšanas metode, jo šīs izmaiņas var būt agrīnas dzemdes kakla vēža pazīmes. Uztriepi parasti paņem ginekologs, ar spatulas vai īpašas birstītes palīdzību no dzemdes kakla virsmas saudzīgi atdalot dažas šūnas. Pēc tam šūnu paraugs tiek izpētīts ar mikroskopa palīdzību, lai konstatētu iespējamās agrīnās izmaiņas. Apskates laikā ārsts var paņemt turpmākai izmeklēšanai nelielu dzemdes kakla audu paraugu. Šādu audu paņemšanu sauc par biopsiju. Ja biopsijā tiek konstatēta dzemdes kakla vēža klātbūtne, ārsts var nozīmēt citus izmeklējumus, piemēram, rentgenogrammu, cistoskopiju (metode, ar kuras palīdzību tiek izmeklēts urīnpūslis) vai proktoskopiju un kolonoskopiju (metodes, ar kuru palīdzību tiek izmeklēta taisnā un resnā zarna). Šie izmeklējumu palīdz noteikt, vai audzējs ir izplatījies un kādu stadiju sasniedzis.

## Ārstēšana

Ja ārsts ir konstatējis normai neatbilstošas izmaiņas un ar tām saistītu nepieciešamību uzsākt dzemdes kakla ārstēšanu, ir pieejami vairāki terapijas veidi. Vairākums no tiem ir īstenojami ginekologa kabinetā, slimnīcā vai dienas stacionārā. Šajos gadījumos, visticamāk, tiks izmantota kāda no šīm metodēm:

**Krioterapija** – šīs procedūras laikā neliels metālisks disks tiek atdzēsēts līdz sasaldēšanas temperatūrai un tad novietots uz dzemdes kakla normai neatbilstošās daļas, tā ar saldiešanas palīdzību likvidējot izmainītās šūnas.

**Cilpas elektrokonizācija** (LEEP – LOOP *Electrosurgical Excision Procedure*) – šobrīd visbiežāk izmantotā un vienkāršākā ārstēšanas metode, kuras laikā izmainītās šūnas tiek izņemtas ar elektrocilpas palīdzību, kas izveidota no sakarsētas tievas stieplītes.

**Konizācija** (saukta arī par konusa biopsiju) – no dzemdes kakla tiek izņemts konusveidīgs audu gabals, tā likvidējot normai neatbilstošās šūnas. Šo procedūru iespējams veikt, izmantojot gan cilpas elektrokonzācijas izgriešanas metodi, gan lāzeru vai ķirurģisko skalpeli.

**Lāzerterapija** – normai neatbilstošās šūnas tiek sadedzinātas ar lāzera palīdzību.

Ja vēzis ir vairāk progresējis vai izplatījies lielākā rajonā, ārsts var rekomendēt vienu vai vairākas ārstēšanas metodes, tostarp kirurģisku operāciju, kas var ietvert dzemdes un tās kakla izņemšanu (histerektomiju) un dažos gadījumos arī olnīcu un/vai iekšējo limfmezglu izņemšanu.

Visdrošākā aizsardzība pret dzemdes kakla vēzi ir regulāras onkocitoloģiskās uztriepes pārbaudes apvienojumā ar vakcināciju, kas nodrošina spēcīgu un ilgstošu imunitāti jeb aizsardzību gan pret sākotnēju, gan pret atkārtotu HPV infekciju. Dzemdes kakla vēzis ir vienīgā onkoloģiskā saslimšana, kuras vīrusu izcelsme ir zinātniski/klīniski pierādīta un no kuras iespējams sevi pasargāt ne tikai ar sekundārās profilakses jeb skrīninga, bet arī ar primārās profilakses jeb vakcinācijas palīdzību. Vakcinācija kā primārā profilakse novērš lielāko daļu dzemdes kakla vēžu attīstību un būtiski samazina normai neatbilstošu skrīninga rezultātu skaitu, līdz ar to – nepieciešamību pēc ārpuskārtas pārbaudēm. Skrīnings kā sekundārā profilakse nenovērš cilvēka papilomas vīrusa radīto infekciju vai pirmsvēža bojājumus, tomēr, ja tiek veikts regulāri un pareizi, ļauj diagnosticēt agrīnas šūnu izmaiņas un pirmsvēža bojājumus un savlaicīgi uzsākt ārstēšanu. No 2009. gada Latvijā tiek īstenota valsts apmaksāta profilaktisko apskāšu programma, kuras laikā Veselības norēķinu centrs izsūta vēstules un uzaicina tās sievietes, kurām attiecīgajā gadā paliek 25, 28, 31, 34, 37, 40, 43, 46, 49, 52, 55, 58, 61, 64, 67 gadi par valsts budžeta līdzekļiem veikt dzemdes kakla izmeklējumus. Savukārt no 2010. gada 1. septembra Imunizācijas valsts programmas ietvaros Latvijā ir uzsākta 12 gadus vecu meiteņu vakcinācija pret HPV. Tikai visaptveroša dzemdes kakla vēža profilakse – primārās un sekundārās profilakses apvienojums – var pasargāt sievietes, samazinot saslimstību ar dzemdes kakla vēzi par 94%.

*Konsultāciju var saņemt, pierakstoties pa Konsultatīvās nodaļas tālruniem: **63403231, 63403264** vai ar e-pieraksta starpniecību izmantojot slimnīcas mājaslapu [www.liepajasslimnica.lv](http://www.liepajasslimnica.lv)*

## Tu domā, ka aizsardzība pret dzemdes kakla vēzi var pagaidīt? Padomā vēlreiz!

Katru minūti pasaulē vienai sievietei tiek diagnosticēts dzemdes kakla vēzis

- Tas apdraud visas sievietes
- Vakcinācija un regulārs skrīnings var to novērst



Konsultējies ar speciālistu par riska mazināšanu šodien. Uzzini vairāk par valsts apmaksātajiem veselības aprūpes pakalpojumiem pa tālruni 80001234 vai [www.visamsievietem.lv](http://www.visamsievietem.lv)

# Endoskopija un gremošanas trakta ķirurģija – kādēļ abi?



Saruna ar Liepājas Reģionālās slimnīcas ārstu ķirurgu, endoskopijas speciālistu **Jevgeņiju Veļicki**

Jūsu specialitāte ir ķirurģija, daudz laika un uzmanības esat veltījis gremošanas trakta ķirurģijai. Kādēļ izvēlējāties papildus apgūt endoskopiju?

Runājot par onkoloģiju, lai pacientu varēt sekmīgi izoperēt, nepieciešams agrīni atklāt onkoloģisko slimību. Tikai tad var cerēt uz labu rezultātu. Ja audzējs ir ielaists, bieži vien pacientu ķirurģiski pilnīgi izārstēt vairs nav iespējams. Izvēloties papildus apgūt endoskopiju, vēlējos sniegt ieguldījumu gremošanas trakta audzēju agrīnā diagnostikā. Veicot pacientam endoskopiju, varu nodrošināt diagnostikas un ārstniecības procesa nepārtrauktību – veicu diagnostiku; ja pacientam nepieciešama operācija, varu tūlīt pēc konsilija lēmuma arī tālāk piedāvāt operāciju. Pacientam ierodoties uz operāciju, labi zinu visas nianšes, kas atklājas endoskopijas laikā. Pēc radikālas ārstēšanas pabeigšanas pacientu pats novēroju. Vairākumā gadījumu endoskopija ir neaizvietoājama metode pacientu dinamiskā novērošanā, jo ļauj atklāt recidīvus ļoti agrīni, kad iespējams atkārtoti palīdzēt, veicot operāciju. Turklāt man ir svarīgi redzēt sava darba rezultātus. Veicot pacienta dinamisku novērošanu, manā rīcībā ir visas nianšes par slimības norisi no diagnostikas brīža līdz radikālai operācijai un pēc tās.

Kā iedzīvotājam zināt, kad vērsties pie ārsta, lai onkoloģiskā slimība, ja tāda ir, tiktu agrīni atklāta? Greimošanas trakta audzējiem onkoloģiskā slimība izpaužas dažādi atkarībā no tā, kura greimošanas trakta daļa ir skarta. Ja audzējs attīstās barības vadā, visbiežāk ir rīšanas traucējumi – barība it kā iesprūst, aizkavējas. Tā ir ļoti bīstama pazīme un visai specifiska barības vada audzējiem, to noteikti nedrīkst ignorēt, bet nepieciešams nekavējoties vērsties pie ģimenes ārsta, lai nozīmētu visus nepieciešamos izmeklējumus, tostarp endoskopiju rīšanas traucējumu cēloņa atklāšanai. Audzējam attīstoties resnajā zarnā, tas var izpausties kā traucēta vēdera izeja – caurejas, kas mijas ar aizcietējumiem. Resnās zarnas audzēji var izsaukt lielāku vai mazāku asiņošanu no taisnās zarnas. Nespecifiski simptomi ir krišanās svarā, nogurums, mazasinība (anēmija), kas biežāk parādās vēlāk, kad slimība ir jau ievērojami progresējusi.

**Daudzi iedzīvotāji sūdzas par traucētu vēdera izeju, aizcietējumiem – vai visiem nepieciešams veikt endoskopiju?**

Par nožēlu, minētās sūdzības ir nespecifiskas un tās sastop arī citu saslimšanu gadījumā. Aizcietējumus var radīt funkcionāli greimošanas trakta traucējumi, asiņošanu var radīt hemoroīdu mezgli. Pacientam pašam ir gandrīz neiespējami atšķirt šo sūdzību nianse audzēju un citu, nekaitīgāku slimību, gadījumā, tādēļ nepieciešams vērsties pie ģimenes ārsta, lai veiktu papildu izmeklējumus, tostarp endoskopiju, vai nosūtītu pacientu pie citiem speciālistiem. Asins piejaukumu vēdera izejai var radīt arī citas, relatīvi nekaitīgas slimības – hemoroīdu mezgli, iekaisīgas zarnu slimības, resnās zarnas nelieli iztūpumi jeb divertikuli. Arī šai gadījumā nepieciešama ģimenes ārsta vai komplikētākos gadījumos ārsta speciālista konsultācija, lai atšķirtu, vai asiņošanu izraisījusi labdabīga saslimšana vai audzējs. Vairākums resnās zarnas audzēju nedaudz asiņo noteiktās atīstības stadijās, tomēr ne vienmēr asiņošana ir labi pamanāma, tā var būt arī apslēpta, ja audzējs ir neliels vai atrodas tuvāk resnās zarnas sākumam.

**Vai ir kaut kas, ko varētu darīt, lai greimošanas trakta audzējus ārstētu efektīvāk?**

Medicīnā vienmēr var kaut ko uzlabot un darīt vēl labāk. Lai agrīni atklātu resnās zarnas audzējus, mūsu valstī tiek organizēts resnās zarnas vēža skrīnings – visiem pacientiem pēc 50 gadu vecuma bez maksas tiek veikta vēdera izejas izmeklēšana uz slēptajām asinīm. Par nožēlu, iedzīvotāji netiek pietiekami informēti par šo iespēju bez maksas izmeklēties un pasargāt sevi no bīstamas slimības. Tas ir galvenokārt ģimenes ārstu nopelns, jo valsts katram ģimenes ārstam apmaksā divas medicīnas māsas, no kurām vienai būtu jāveic pacienta primārā apskate un dokumentu noformēšana, bet otrai jānodarbojas ar veselības profilakses pasākumiem, tostarp skrīninga programmām. Tātad vispirms mediķiem, sevišķi ģimenes ārstiem, vajag izmantot tās iespējas, ko valsts jau piedāvā, un tikai tad domāt, ko vēl varētu ieviest. Tādējādi diagnostikas savlaicīgumu un ārstēšanas kvalitāti varētu uzlabot, palielinot piešķirto apjomu endoskopijas un citiem diagnostikas izmeklējumiem. Tai pašā laikā kolēģiem piešķirtā finansējuma ietvaros jādarbojas atbildīgi – nedrīkst nozīmēt dārgus izmeklējumus bez vajadzības, tikai tādēļ, ka pacients pieprasa. Izmeklējums jānozīmē tad, ja zināms, ka izmeklējuma rezultāti var mainīt terapijas taktiku un var sniegt pacientam veselības uzlabojumu.

*Dr. Jevgeņijs Veļickis, pieņemšanas*

*Liepājas Reģionālā slimnīca: **63403231, 63403264**. E-pieraksts: [www.liepajasslimnica.lv/E-pieraksts](http://www.liepajasslimnica.lv/E-pieraksts)*

*Vecliepājas veselības aprūpes centrs: **63422497***

# Vairogdziedzera mezglu punkcijas biopsija



Dr. **Natalja Daškina** – ārste ultrasonoskopijas speciāliste, ārste citoloģe, Kurzemes Onkoloģijas attīstības biedrības valdes locekle

Labākā metode, lai precizētu vairogdziedzera mezglu raksturu un agrīni atklātu vairogdziedzera audzējus, ir vairogdziedzera mezgla punkcijas biopsija un sekojoša citoloģiska izmeklēšana, proti – ar nelielu adatu ultraskaņas iekārtas kontrolē iedur aizdomīgajā vietā un šļircē iesūc šūnas. Pēc tam tās mikroskopā analizē, lai izlemtu par tālāko izmeklēšanas un ārstēšanas taktiku. Ar šo metodi ne vien agrīni tiek atklāti vairogdziedzera audzēji, bet arī tiek novērstas nevajadzīgas operācijas – ja iegūtajā šūnu materiālā neatrod ļaundabīgas šūnas.

Pieredzējis speciālists, pareizi veicot biopsiju un materiāla analīzi, precīzu diagnozi uzstāda 65–98% gadījumu. Savukārt metodes specifiskums ir 72–100%, tātad lielākajā daļā gadījumu uzstādītā audzēja diagnoze apstiprinās arī pēc vēlāk veiktas operācijas un precīzas mikroskopiskas izmeklēšanas.

Punkcijas biopsiju vajag veikt, ja vairogdziedzerī ultrasonogrāfijas attēlā redzamais mezgls atbilst noteiktiem kritērijiem – piemēram, tas ir zema blīvuma, tam ir dobums, kas lielāks par 1,5 cm vai citas aizdomīgas pazīmes: neskaidras robežas, mikroskopiski kalcija ieslēgumi, izmainīti limfmezgli tā tuvumā u.c. Tāpat īpaša uzmanība

jāvelta, ja iepriekš tikusi veikta galvas un kakla apstarošana, ģimenes locekļi slimojuši ar vairogdziedzera audzēju, taustot mezgls ir ciets vai ir palielināti kakla limfmezgli. Kad ar adatas un šļirces palīdzību ultraskaņas iekārtas kontrolē ir iegūts materiāls, seko mikroskopiska (citoloģiska) izmeklēšana. Reizēm (10–25% gadījumu) iegūtais materiāls nav pietiekamā daudzumā vai ir nepietiekami kvalitatīvs. Visbiežāk nepieciešams biopsiju veikt atkārtoti.

Vairogdziedzera mezglā var būt labdabīgas izmaiņas. Šādas izmaiņas konstatē 60–80% gadījumu. Šādu slēdzienu citoloģis var uzstādīt, ja vismaz divos preparātos tiek konstatētas ne mazāk kā sešas labdabīgo šūnu grupas ar ne mazāk kā 10 šūnām katrā grupā. Ļoti reti, tomēr arī šādi mezgli var izrādīties bīstami – risks, ka mezgls ir ļaundabīgs, ir līdz 3%. Ja mezgls ir labdabīgs, nepieciešams to periodiski novērot – veikt ultrasonoskopiju un kontrolēt vairogdziedzera hormonu līmeni asinīs ik pēc 6 mēnešiem, un vēlāk aizvien retāk. Ja mezglā parādās pazīmes, kas varētu liecināt par tā ļaundabīgumu, vai tas strauji

pieaug apjomā, nepieciešams veikt atkārtotu biopsiju. Atsevišķos gadījumos pat labdabīgus mezglus nepieciešams izoperēt – ja mezgls nospiež elpvadus vai asinsvadus, strauji aug, bojā cilvēka izskatu vai pārliecinoši parādās ļaundabīgas pazīmes. Tāpat tiek veikta operācija, ja vairogdziedzeris iepriekš jau ir ticis pakļauts apstarojumam, jo tas ir zināms riska faktors vairogdziedzera vēzim.

Samērā bieži citoloģijas aina mikroskopā uzrāda folikulāru (daiviņās sadalītu) veidojumu, kur nav pilnīgi skaidrs, vai veidojums ir ļaundabīgs vai labdabīgs. Šī veidojumu grupa ir samērā bīstama, jo 10–30% gadījumu zem šiem veidojumiem slēpjas daiviņu veida (folikulārs) vairogdziedzera vēzis. Šādā gadījumā var atkārtoti veikt punkcijas biopsiju vai sarežģītu ultraskaņas metodi, kas attēlo veidojumu ievērojami sīkāk, – ultrasonoskopisko elastogrāfiju. Tomēr biežāk tiek izoperēta vairogdziedzera daiva vai viss vairogdziedzeris. Ja iegūto šūnu mikroskopiskajā izskatā ir aizdomas par ļaundabīgu audzēju, risks, ka šis vairogdziedzera mezgls tik tiešām ir vairogdziedzera audzējs, ir ļoti augsts – 60–75%. Šajā gadījumā noteikti nepieciešama ķirurģiska ārstēšana – vairogdziedzeris daļēji vai pilnīgi ir jāizoperē. Savukārt, ja šūnas mikroskopā ir pārliecinoši ļaundabīgas, ārstēšanas taktika ir skaidra – nepieciešams vairogdziedzeri izoperēt.

Piejūras slimnīcā no 2007. līdz 2011. gadam tika veikta 551 vairogdziedzera punkcijas biopsija. No tām vairogdziedzera vēzis konstatēts 30 pacientiem (5,4%). Visi pacienti tika veiksmīgi izoperēti un izgāja nepieciešamo ārstēšanu. Labdabīgas izmaiņas tika konstatētas 346 gadījumos (62,4%). Lielākajai daļai šo pacientu operatīva terapija nebija nepieciešama.

#### Kā notiek punkcijas biopsija?

Vairogdziedzera punkcijas biopsiju izdara ārsts ar procedūru māsas palīdzību speciāli iekārtotā kabinetā. Procedūras laikā pacients atrodas guļus stāvoklī uz muguras ar atbrīvotu kaklu un nedaudz paceltu zodu. Pēc ādas dezinfekcijas ārsts ar tievu adatu iedur vairogdziedzera mezglā, kontrolējot adatas gaitu ar ultrasonogrāfijas palīdzību. Sāpes nebūs stipras un būs īslaicīgas. Ar šīrci adatā tiek iesūktas šūnas, kuras tālāk nosūta laboratorijai mikroskopiskai izmeklēšanai.

#### Kā sagatavoties?

Speciāla sagatavošanās nav nepieciešama. Pirms procedūras var gan ēst, gan dzert. Var lietot visus agrāk nozīmētos medikamentus. Pēc iespējas vēlams pārtraukt aspirīna vai citu asins šķīdinātāju lietošanu.

#### Iespējamie sarežģījumi

Vairogdziedzera punkcijas biopsijas parasti notiek bez jebkādiem sarežģījumiem. Reizēm dūrienu vietā var rasties neliels zilums vai kādu laiku saglabāties pastiprināts jutīgums. Ļoti retos gadījumos iespējama lielāka asinsizplūduma izveidošanās. Visi izmantojamie materiāli un instrumenti ir sterili, tādēļ punkcijas vietas inficēšanas iespējas ir niecīgas.

#### Kā pieteikties uz punkcijas biopsiju?

Nepieciešams nosūtījums no ģimenes ārsta uz vairogdziedzera punkcijas biopsiju.

*Punkcijas biopsijas notiek VSIA „Piejūras slimnīca” Onkoloģijas klīnikā (dr. N. Daškina).*

*Pieraksts pa tālruni: 63425292*

# Ko svarīgi zināt par vairogdziedzeri un vairogdziedzera mezgliem?

Dr. **Diāna Aigare** – Liepājas Reģionālās slimnīcas Ķirurģijas nodaļas ķirurģe

Vairogdziedzeris ir vislielākais no iekšējās sekrēcijas dziedzeriem, tas atrodas kakla priekšējā virsmā. Vairogdziedzera izdalītie hormoni – tiroksīns un trijodtironīns – piedalās vielmaiņā, regulē vielmaiņas ātrumu, ķermeņa temperatūru, sirds ritmu, menstruālo ciklu, muskulatūras stiprumu, kaulu attīstību, centrālās nervu sistēmas funkcijas un zarnu darbību.

Vairogdziedzera slimību pamatā ir vai nu hormonu darbības traucējumi, vai vairogdziedzera struktūras izmaiņas ar mezgliem. Ja vairogdziedzeris izdala pārāk daudz hormonu, šo stāvokli sauc par hipertireozi, kuras gadījumā paātrinās organisma vielmaiņa. Hipertireozes galvenās sūdzības ir pastiprināts nogurums, nemotivēta nervozitāte un uzbudināmība, pastiprināta svīšana, sirds ritma traucējumi, paātrināta sirds darbība, roku trīce, pastiprināta apetīte ar vienlaicīgu ķermeņa masas zudumu un menstruālā cikla traucējumi. Savukārt stāvokli, kad vairogdziedzera hormonu izdalīšanās ir samazināta, sauc par hipotireozi. Pacienti var sūdzēties par nogurumu, miegainību, tūsku, svara pieaugumu, ādas sausumu, matu izkrišanu, palēninātu sirds darbību, aizcietējumiem, menstruālā cikla traucējumiem. Abos gadījumos vairogdziedzeris var būt vairāk vai mazāk palielināts ar mezgliem vai bez tiem. Vairogdziedzera palielināšanos sauc par strumu jeb kāksli. Vairogdziedzera mezgli sastopami pusei pasaules iedzīvotāju, kuri vecāki par 60 gadiem un kuriem nav sūdzību par vairogdziedzera funkcijas traucējumiem. Bieži mezglus konstatē nejauši ultrasonogrāfijas laikā un biežāk sievietēm.



5–10% populācijas dzīves laikā izveidojas taustāmi mezgli. Vairogdziedzerī var būt viens vai vairāki mezgli. Visbiežāk sastopami labdabīgi mezgli (koloīdi mezgli, cistas, tireoidīti). Vairogdziedzera vēzis veido 5–24% vairogdziedzera mezglu. Latvijā vairogdziedzera vēzis ir 1% no visiem ļaundabīgajiem audzējiem un saslimstība ar vairogdziedzera vēzi pakāpeniski pieaug. Piemēram, no 2001. līdz 2003. gadam pirmreizēji reģistrēti apmēram 90 vēža gadījumi, 2006. gadā – 131 un 2007. gadā – 167.

Ir vairāki riska faktori, kas paaugstina vairogdziedzera vēža attīstību. Tie ir galvas un kakla apstarošana, vairogdziedzera vēzis radniekiem, vecums līdz 14 gadiem vai vecākiem par 70 gadiem, vīriešiem, strauji augošs mezgls, cietas konsistences vai fiksēts mezgls, palielināti kakla limfmezgli, balss aizsmakums, rīšanas traucējumi. Pie ģimenes ārsta, endokrinologa vai ķirurga visbiežāk pēc palīdzības vērsas dažāda vecuma sievietes, retāk vīrieši. Lai noteiktu konkrētu vairogdziedzera slimību, izmeklēšana ir kompleksa. Tā sākas ar vairogdziedzera hormonu noteikšanu asinīs. Paralēli pacientam tiek veikta ultrasonogrāfija vairogdziedzerim, vairogdziedzera scintigrāfija un pēc noteiktām indikācijām arī punkcijas biopsija.

Ultrasonogrāfija tiek izmantota gan kā skrīninga metode, gan kā diagnostikas metode, jo tā ir neinvazīva, salīdzinoši lēta, viegli pieejama, ātri veicama un nav saistīta ar jonizējošā starojuma ietekmi. Ar šo metodi var atklāt pat ļoti mazas vairogdziedzera audu izmaiņas, piemēram, 1–3 mm lielus mezglus, kā arī apskatīt kakla limfmezglus. Lai izvērtētu vairogdziedzera vielmaiņas aktivitāti, izmanto scintigrāfiju, kas papildina ultrasonogrāfijas laikā iegūto informāciju. Scintigrāfija ļauj izvērtēt vairogdziedzera audu spēju aizturēt un uzkrāt jodu. Ja mezgls neaiztur un neuzkrāj jodu, redzami tā saucamie aukstie mezgli. Ja mezgls aiztur un uzkrāj jodu, šos mezglus dēvē par karstajiem mezgliem. Ja ultrasonogrāfijas un scintigrāfijas laikā konstatē aizdomīgu mezglu, pacientu nosūta uz punkcijas biopsiju, kuras laikā paņem šūnu materiālu mikroskopiskai izmeklēšanai. Pēc izmeklēšanas rezultātiem pacientam tiek izvērtēta operācijas nepieciešamība. Indikācijas operācijai ir lielas strumas, strumas, kas rada balss izmaiņas, elpas trūkumu, rīšanas traucējumus, mezgli ar augstu malignitātes risku, strauji augoši mezgli, viens „aukstas” mezgls kādā no vairogdziedzera daivām.

Operācijas tiek veiktas vispārējā narkozē. Operācijas laikā atkarībā no patoloģijas tiek izņemta vai nu viena vairogdziedzera daiva, vai viss izmainītais vairogdziedzeris. Vairogdziedzera vēža gadījumā operācijas laikā tiek izņemts viss vairogdziedzeris. Pacients pēc operācijas slimnīcā uzturas 1–2 dienas, darbaspējas atjaunojas drīzumā pēc operācijas. Vairogdziedzera vēža gadījumā operācija ir ārstēšanas posma pirmais etaps, tālākā ārstēšana norit Latvijas Onkoloģijas centrā, saņemot radioaktīvo jodu, kas darbojas sabrukkoši uz audiem, kuri uzkrāj jodu, neskarot blakusesošos audus. Pacienti, kuriem izoperēts viss vairogdziedzeris, neesošā vairogdziedzera hormonu saņem levotiroksīna veidā visu atlikušo dzīvi, individuāli pielāgojot devu. Līdz ar to svarīga pacienta sadarbība ar endokrinologu un ģimenes ārstu.

Tādējādi iedzīvotājiem nevajag baidīties, ja ultraskaņas izmeklēšanas laikā tiek atklāts mezgls vairogdziedzerī, bet rūpīgi sekot ārsta norādījumiem par nepieciešamo tālāko izmeklēšanu un novērojumiem. Ja ārsts rekomendē vērsties pie ķirurga, lai veiktu vairogdziedzera operāciju, ziniet – vairogdziedzera ķirurģija pieejama tepat Liepājā.

*Dr. Diānas Aigares pieņemšanas:*

*Liepājas Reģionālā slimnīca: 63403231, 63403264. E-pieraksts: [www.liepajasslimnica.lv/E-pieraksts](http://www.liepajasslimnica.lv/E-pieraksts)*

# Onkoloģiskā palīdzība Ventspilī un Kuldīgā



Dr. *Agnese Šepte* –  
Ventspils poliklīnikas vadītāja,  
onkoloģe-ķīmijterapeite,  
ultrasonoskopijas speciāliste

Dr. Agnese Šepte Ventspilī strādā jau 15 gadus. Specialitāti ieguvusi 2001. gadā, kad Latvijā tika sagatavoti onkologi. Vēlāk, mainoties normatīvajiem aktiem un paaugstinot kvalifikāciju, iegūts onkologa-ķīmijterapeita sertifikāts, tāpat papildinātas zināšanas un iemaņas diagnostikas metožu izmantošanā – iegūts ultrasonoskopijas speciālistes sertifikāts. Patlaban dr. Agnese Šepte vada Ventspils poliklīniku un turpina praktizēt.

Kādi ir biežākie gadījumi, kad kolēģi sūta pacientus vai pacienti vērsas pie jums pēc palīdzības?  
Pie manis nosūta pacientus ar aizdomām par onkoloģisku saslimšanu. Veicu sākotnēju diagnostiku, sastādot un kontrolējot diagnostikas plānu gadījumos, kad ir aizdomas par onkoloģisku saslimšanu. Tāpat veicu novērošanu pēc aktīvās ārstēšanas pabeigšanas, kā arī sniedzu palīdzību gadījumos, kad nepieciešama simptomātiska un paliatīva terapija.

Ventspils slimnīcā nu jau vairākus gadus darbojas Paliatīvās aprūpes nodaļa. Kā norit darbs šajā nodaļā?

Uzskatu, ka nodaļa strādā labi. Sākotnēji biju tās vadītāja, taču paliatīvajā aprūpē terapija katru dienu radikāli nemainās, tādēļ liela loma pacientu aprūpē ir medicīnas māsām, kuras savus pienākumus

šeit veic ļoti labi, bet mani pieaicina kā konsultantu tikai komplikētākos gadījumos. Ārsts, protams, ik dienu ir nodaļā, bet onkologa-ķīmijterapeita klātbūtne ik dienu nav nepieciešama. Kā speciāliste ambulatorajā daļā esmu daudz nepieciešamāka, tāpēc daudz vairāk laika pavadu strādājot poliklīnikā, taču cieši sadarbojos arī ar Paliatīvās aprūpes nodaļu.

Lai arī visus nepieciešamos nozīmējumus onkoloģisko slimību diagnostikā varētu noteikt ģimenes ārsti, tomēr labprātāk tie pacientus sūta pie onkologa-ķīmijterapeita. Kāpēc tā?

Ģimenes ārstam bieži vien bez diagnostikas jārisina virkne sociālas dabas jautājumu, un onkoloģisko slimnieku ārstēšana bieži vien prasa specifisku pieeju veselības problēmām, sevišķi tad, kad slimību vairs pilnībā izārstēt nav iespējams. Tādēļ onkologa-ķīmijterapeita pieejamība viennozīmīgi ir ieguvums pacientiem un ģimenes ārstiem kvalitatīvas onkoloģiskās palīdzības nodrošināšanā.

Latvijā nu jau vairākus gadus darbojas krūts vēža, dzemdes kakla vēža un kolorektālā vēža skrīnings – vai kopš skrīninga uzsākšanas jūsu praksē ir pieaudzis agrīni diagnosticētu audzēju skaits?

Kopš skrīninga uzsākšanas ir vairāk to pacienšu, kurām agrīni konstatēts krūts dziedzeru audzējs. Tomēr vēl par rezultātiem spriest pārāgri, jo papildu informāciju varēsime iegūt pēc atkārtotiem izmeklējumiem ar noteiktu starplaiku, kad skrīninga ietvaros sievietes tiks uzaicinātas veikt izmeklējumus atkārtoti. Pastāvot neskaidrībai un aizdomām par onkoloģisku slimību, ir noteikta kārtība un pacientam tiek sniegtas rekomendācijas, kad atkārtoti doties uz izmeklēšanu, lai precizētu iepriekš veikto izmeklējumu rezultātus. Laiks līdz atkārtotam izmeklējumam ir izvēlēts tāds, kas nepasliktina sagaidāmo ārstēšanas rezultātu. Šajā periodā nav lieki jāuztraucas un tūlīt jāveic viens izmeklējums pēc otra, lai noskaidrotu situāciju, bet jānogaida un jāierodas pēc noteiktā laika.

Ko ieteiktu Kurzemes iedzīvotājiem, lai izvairītos no onkoloģiskajām saslimšanām?

Protams, ir zināma virkne faktoru, kas veicina onkoloģisku slimību attīstību – smēķēšana, atsevišķas vīrusu saslimšanas, tāpēc vienkāršoti var teikt, ka nevajag kaitēt pašam sev. Katram ir jāapzinās iespējamais risks un jāapdomā, vai šie kaitīgie ieradumi ir tā vērti, lai nodarītu pāri savai veselībai. Taču arī tad, kad cilvēks nav pakļauts šiem riska faktoriem, ir iespējami tā sauktie sporādiskie onkoloģiskās saslimšanas gadījumi, no kuriem neviens nav pasargāts. Tāpēc aicinu apmeklēt un sekot līdzī valsts organizētajiem profilakses un agrīnas diagnostikas pasākumiem – onkoloģisko slimību skrīningam. Tāpat aicinu ieklausīties savā organismā un neatstāt bez ievēribas šķietami nevainīgas izmaiņas, bet konsultēties ar ģimenes ārstu, lai precizētu šo izmaiņu cēloni.

Atsevišķi izdalāma ādas onkoloģija. Šeit ir svarīgi īstenot profilaksi gan pašiem izsargājoties no spēcīgu saules staru iedarbības, gan arī mācīt bērnus nesauļoties un lietot saules aizsargkrēmus. Ja no jauna parādīties vai mainīties esošs pigmentveidojums vai citāda rakstura veidojums, čūliņa, nepieciešams konsultēties ar ārstu. Ja kādā ķermeņa daļā ir parādīties ādas bojājums vai kādā vietā palielinājies limfmezgls un tas ir jau vairākas nedēļas, noteikti vajag konsultēties ar ģimenes ārstu.

*Pieņemšana:*

*Ventspils poliklīnikā, pieteikšanās pa tālr. 63622131*

*Kuldīgas primārās veselības aprūpes centrā, pieteikšanās pa tālr. 63322401*

*Mana mamma  
bieži brauca uz  
slimnīcu. Kad  
viņa bija mājās,  
viņa jutās slikti...  
Tad viņa vairs  
nepārbrauca no  
slimnīcas. Oma  
teica, ka mamma  
aizbrauca uz  
debesīm...*



Krūts vēzis ir biežākais nāves cēlonis sievietēm vecumā no 35 līdz 64 gadiem.

Dzemes kakla vēzis ir otrs biežākais onkoloģisko slimību izraisītās nāves cēlonis.

Nenodariet to saviem bērniem, nenodariet to sev!

Atsaucieties uzaicinājumam uz valsts krūts vēža un dzemes kakla skrīninga programmu!  
Veiciet mamogrāfijas izmeklējumus un dzemes kakla uztriepes saskaņā ar skrīninga programmu rekomendācijām!

Sekoiet līdzi, lai to veiktu jūsu tuvinieki!