



Apie gerklų vėžį

Informacija
pacientams



UDK 616.2-006
Ap26

Parengė
J. Tamošauskienė

Konsultavo
A. Bunikis
A. Burneckis

Redagavo G. Pruskuvienė

Dizainerė I. Petrauskienė

Turinys

Gerklės	2
Kas yra vėžys	3
Gerklų vėžio tipai	3
Gerklų vėžio rizikos veiksniai	4
Gerklų vėžio simptomai	5
Vėžio stadijos	5
Vėžio diferenciacijos laipsniai	10
Kaip nustatoma gerklų vėžio diagnozė	10
Gerklų vėžio gydymas	14
Chirurginis gydymas	15
Radioterapija	18
Chemoterapija	23
Taikinių terapija	25
Klinikiniai tyrimai	25
Sergančiųjų jausmai	26
Kam ir ką sakyti	28

*Gerbiamieji pacientai,
knygelės skaitytojai,*

Tikimės, kad čia pateiktos žinios apie gerklų vėžį bus naudingos Jums,
jei tektų susidurti su šia liga.

Kaip gyventi su nuolatine tracheostoma,
kaip ją prižiūrėti bei kaip išmokti kalbėti nebeturint balso stygų,
žinių galėsite rasti specialioje
NVI išleistoje knygelėje pacientams
„Laringektomuotų pacientų priežiūra“.

Apie gerklų vėžį

Informacija pacientams

Tiražas 500 egz.

Išleido ir spausdino UAB „Petro ofsetas“
Naujoji Riovonių 25C, LT-03153 Vilnius, Lietuva
tel. +370 5 273 3347, faks. (+370 5) 273 3140
El. paštas priemimas@petroofsetas.lt
www.petroofsetas.lt

NACIONALINIS VĖŽIO INSTITUTAS

Apie gerklų vėžį

Informacija pacientams

VILNIUS
2015

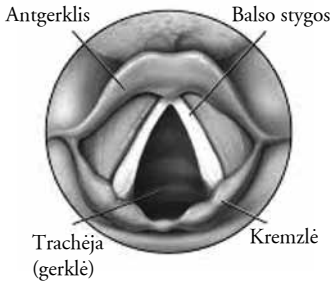
Gerklės

Gerklės (lot. *larynx*) yra pradinė apatinių kvėpavimo takų (juos sudaro gerklės, trachėja, bronchai) dalis – per burną ar nosį įkvėptas oras per gerklės patenkia į trachėją ir plaučius. Gerklės yra vamzdelio pavidalo apie 5 cm ilgio organas viršutinėje priekinėje kaklo dalyje, žemiau pereinantis į trachėją. Už gerklės ir trachėjos yra ryklė ir stemplė.

Gerklės karkasą sudaro 6 kremzlės. Jos tarpusavy sujungtos raiščiais ir sąnariais. Tarp kremzlių yra raumenys, kurie jas judina viena kitos atžvilgiu. Iš išorės gerklės vieta kakle atitinka iškilimą viršutinėje kaklo dalyje, vadinamąjį Adomo obuolį, ypač ryškiai matomą vyrų kakle.

Iš vidaus gerklės sienelę dengia gleivinė. Gerklės spindyje yra 2 balso stygos, tarp kurių yra siauras balso plyšys – pro jį oras patenkia į plaučius ir iškvepiamas iš jų (1 pav.).

Garsas susidaro virpant balso stygomis. Jas virpina iškvepiamas iš plaučių oras. Iškvepiamas oras sutinka balso stygų pasipriešinimą ir yra stumiamas pro palyginti siaurą balso plyšį – tuo metu ir susidaro garso banga. Garsų visuma, susidariusi gerklose, gerklaryklėje, burnos ertmėje, vadinama balsu.



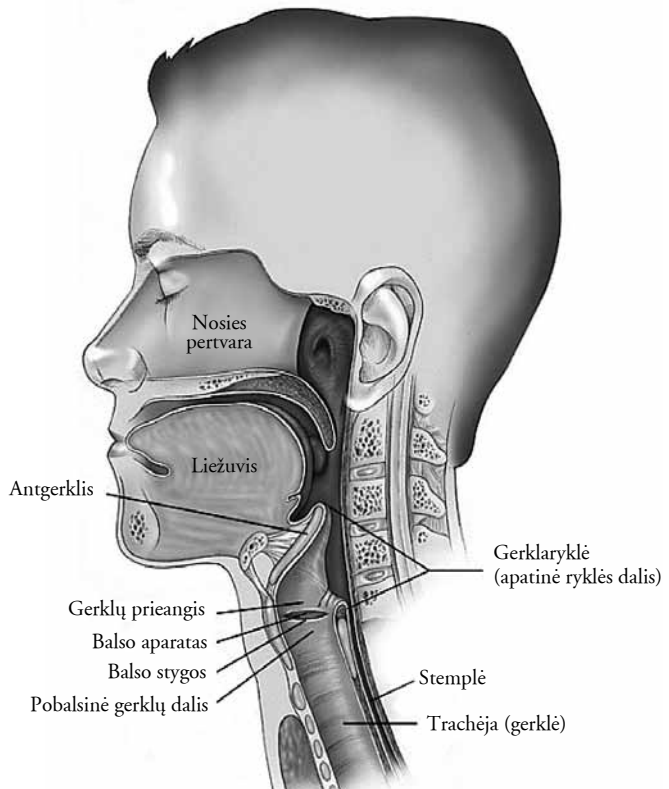
1 pav.

Gerklės vaizdas iš viršaus

Virš gerklės ir balso plyšio yra viena iš gerklės kremzlių – antgerklis. Ryjant maisto kąsnį, gerklės pakyla aukštyn, balso stygos susiglaudžia, antgerklis palinksta atgal uždengdamas balso plyšį – kąsnis, nepakliūdamas į kvėpavimo takus, stemple keliauja į skrandį.

Gerklės balso stygų atžvilgiu skirstomos į tris dalis (2 pav.):

- virš balso stygų – gerklės priangis (lot. *supraglottis*)
- balso aparatas (balso plyšys, balso stygos) (lot. *glottis*)
- žemiau balso stygų – pobalsinė gerklės dalis (lot. *subglottis*)



2 pav. Gerklės ir šalia esančių struktūrų šoninis pjūvis

Kas yra vėžys

Kūno audiniai sudaryti iš smulkesnių struktūrinių organizmo vienetų, vadinamų ląstelėmis. Sveikas organizmas ląstelių dalijimosi ir dauginimosi procesus kontroliuoja. Jei, veikiant kenksmingiems veiksniams, kuriame nors organe atsiranda nuolat vis pažeidžiamų ląstelių židinys, jos, laikui bėgant, ima „nebeklausyti“ kūno kontrolės mechanizmų. Tokios ląstelės pradeda daugintis nevaldomai, t. y. nesustodamos. Susidaro jų sanauja, t. y. susiformuoja navikas.

Navikas gali būti gerybinis arba piktybinis.

Gerybinio naviko ląstelės nesiskverbia į aplinkinius kūno audinius ir neplinta į kitus organus. Todėl jos nėra piktos, vėžinės. Tačiau didėdamas gerybinis navikas gali mechaniškai spausiti aplinkinius audinius bei organus ir taip sukelti sveikatos problemų.

Piktybinis navikas sudarytas iš piktybinių, kitaip vėžinių, ląstelių, kurių dėl sutrikusios dauginimosi kontrolės randasi vis daugiau ir daugiau. Taip auga ir didėja piktybinis navikas. Jo ląstelės skverbiasi į greta esančius sveikus audinius vis gilyn, įauga į juos, neįgydant piktybinis procesas gali apimti ne tik organą, kuriame prasidėjo, bet ir kitus šalia esančius organus, taip juos pažeisdamas ir sunaikindamas.

Dar viena piktybinių ląstelių savybė – jos atitrūksta nuo pirminio naviko ir krauju ar limfa pasklinda į sritinius (arčiausiai organo, kuriame išsivystė vėžys) limfmazgius ir kitus toli nuo pirminės naviko vietos esančius organus. Kai šios ląstelės pasiekia naują vietą, jos ten įsitvirtina, pradeda daugintis ir sudaryti naujus navikus, vadinamus metastazėmis. Metastazių mikroskopinė struktūra atitinka pirminio naviko struktūrą.

Kad būtų nustatyta, koks yra navikas, jo ląstelių audinį mikroskopu turi įvertinti gydytojas patologas. Naviko ląstelių gaunama įvairiais būdais. Atliekant naviko biopsiją, išpjaujamas mažas navikinio audinio gabalėlis ar net visas navikas, jei jis nedidelis. Kartais naviko ląstelių paaimama specialia mentele pagrandant jo paviršių ar, jei darinio paviršius šlapioja, stikliukas priglaudžiamas prie jo ir gaunami naviko atspaudai. Ši medžiaga, kaip minėta, specialiai ją paruošus, ištiriama mikroskopu. Kokiu būdu gauti navikinių ląstelių ištyrimui, sprendžia gydytojas.

Vėžys yra toks piktybinis navikas, kuris išsivysto iš epitelinio audinio ląstelių. Epitelinis audinys sudaro viso kūno odos paviršinį sluoksnį, taip pat visų kūno gleivinių paviršinį sluoksnį, o gleivinės iš vidaus dengia virškinamojo trakto, kvėpavimo, šlapimo, lyties takus. Gerklas iš vidaus taip pat dengia gleivinę, kurios viršutinį sluoksnį sudaro epitelinių ląstelių audinys.

Piktybiniai navikai, išsivystę iš neepitelinių ląstelių, vadinami kitaip, pvz., sarkoma, limfoma, melanoma ir kt.

Gerklų vėžio tipai

Dažniausiai pasitaikantis gerklų piktybinis navikas – tai iš gleivinės plokščiųjų epitelio ląstelių išsivystęs *plokščialąstelinis vėžys*, kasdienybėje vadinamas tiesiog gerklų vėžiu.

Pasitaiko ir retų gerklų piktybinių navikų – gerklų sarkomų, limfomų, adenokarcinomų.

Gerklų vėžio rizikos veiksniai

Kasmet Lietuvoje nustatoma apie 200 naujų gerklų vėžio atvejų, iš jų 11–14 moterims.

Tikslios gerklų vėžio išsivystymo priežastys nėra žinomos, bet žemiau nurodyti rizikos veiksniai labai svarbūs šiai ligai išsivystyti:

- Tabako rūkymas
- Piktnaudžiavimas alkoholiu
- Žmogaus papilomos viruso (ŽPV) infekcija
- Netinkama mityba
- Vėžiui palanki šeimos ligų istorija
- Skrandžio rūgšties refliuksas

Jei asmuo yra veikiamas šių rizikos veiksnių, tai dar nereiškia, kad jam būtinai išsivystys gerklų vėžys. Kai kurie žmonės net ilgą laiką veikiami šių veiksnių nesuserga gerklų vėžiu, o žmonės, neveikiami šių rizikos veiksnių, kartais gali susirgti šia liga.

Svarbiausi gerklų vėžio rizikos veiksniai yra tabako rūkymas ir piktnaudžiavimas alkoholiu.

Gerklų vėžys retai išsivysto iki 40 metų amžiaus žmonėms, daugiausia šia liga susergama laikotarpiu tarp 60 ir 70 metų amžiaus.

Vyrai gerklų vėžiu serga penkis kartus dažniau nei moterys.

Tabako rūkymas

Sąvoka „tabako rūkymas“ apima cigarečių, cigarų, pypkių rūkymą, tabako kramtymą bei uostymą. Tai pats svarbiausias galvos ir kaklo organų vėžio, įskaitant ir gerklas, rizikos veiksnys. 85 procentai galvos ir kaklo navikų yra susiję su tabako rūkymu. Pasyvusis rūkymas taip pat didina gerklų vėžio išsivystymo riziką.

Kuo daugiau metų ir kuo daugiau kartų per dieną asmuo rūko, tuo rizika didesnė.

Alkoholis

Kuo daugiau metų ir kuo daugiau alkoholio asmuo išgeria, tuo gerklų vėžio rizika aukštesnė. Rizika ypač aukšta tų asmenų, kurie ir rūko, ir piktnaudžiauja alkoholiu.

Žmogaus papilomos viruso infekcija (ŽPV)

Žmogaus papilomos virusai plačiai paplitę aplinkoje. Kai kurie jų tipai siejami su kai kurių organų vėžio išsivystymu. Jie paveikia kūno gleivines, įskaitant ir gerklų gleivinę, tai gali sukelti gerklų vėžį.

Mityba

Pernelyg gausus vartojimas maisto, turinčio per daug gyvulinių riebalų, ir menkas vartojimas šviežių vaisių bei daržovių gali padidinti gerklų vėžio išsivystymo riziką.

Šeimos ligų istorija

Asmenų, turinčių artimų giminių (tėvų, brolių, seserų, vaikų), sergančių ar sirgusių gerklų vėžiu, susirgti šia liga rizika nežymiai padidėjusi.

Skrandžio rūgšties refliuksas

Kartais organizme susidaro sąlygos skrandžio rūgščiai nuolat iš skrandžio pakilti aukštyne stemple – vyksta žmogų varginantis vadinamasis gastroezofaginis refliuksas (GERL), t. y. rūgštus skrandžio turinys nuolat atpilamas ir užlieja stemplę. Tai sukelia stemplės gleivinės pažeidimą, gali pažeisti ir gerklas. Skrandžio gleivinė atspari rūgščioms skrandžio sultims, o kitos gleivinės neatsparios.

Gastroezofaginio refliuksa priežastys:

- antsvoris, rūkymas,
- besaikis alkoholio vartojimas,
- aštrūs prieskoniai, rūgštus, riebus maistas,
- diafragmos išvarža – per diafragmos angą, per kurią stemplė patenka į pilvo ertmę, į krūtinės laštą išsiveržia viršutinė skrandžio dalis. Tai sudaro palankias sąlygas gastroezofaginiam refliuksui.

Gerklų vėžio simptomai

Simptomai susiję su tuo, kurioje gerklų vietoje yra vėžys. Daugumoje atvejų gerklų vėžys prasideda ar yra arti kurios nors balso stygos.

Dažniausi galimi gerklų vėžio simptomai:

- pasikeičia, dažniausiai prikimsta ar užkimsta balsas
- kakle apčiuopiami padidėję limfmazgiai ar jų konglomeratai (kaklo limfmazgiai yra gerklų sritiniai limfmazgiai, į juos gerklų vėžys metastazuoja pirmiausia)
- pasunkėja rijimas, gali skaudėti gerklaryklę kramtant ar ryjant
- gali varginti nuolatinis ausies skausmas
- sunku kvėpuoti dėl kvėpavimo takų obstrukcijos naviku

Balso prikimimas gali būti ankstyvasis gerklų vėžio simptomas. Jei balsas prikimęs daugiau nei tris savaites, būtina kreiptis į gydytoją, kad nustatytų priežastį.

Daug rečiau pirmaisiais gerklų vėžio simptomais būna mazgai kakle ar gerklės patinimas bei skausmingas, pasunkėjęs rijimas. Šie simptomai paprastai pasireiškia pirmieji, kai gerklų vėžys prasideda gerklų srityje, kuri nėra arti balso stygų.

Jei žmogus jaučia bet kurį ir išvardytų simptomų, būtina pasirodyti gydytojui. Žinoma, šie simptomai gali būti visai nesusiję su gerklų vėžiu, tačiau bet kuriuo atveju reikia, kad pacientą apžiūrėtų gydytojas.

Vėžio stadijos

Kaip minėta, vėžys yra piktybinis navikas todėl, kad pažeidžia ne tik organą, kuriame prasidėjo, bet išplinta ir į kitus, net toli nuo pirminio židinio esančius kūno organus, sutrikdydamas jų veiklą ir taip sukeldamas labai rimtų sveikatos problemų.

Vėžys iš vietos, kurioje prasidėjo, gali plisti 3 keliais:

- per artimiausią kontaktą su greta esančiais audiniais – įauga į juos; toliau plisdamas gali apimti ir aplinkinius organus
- per limfinę sistemą – nuo pirminio židinio atitrūkusios vėžio ląstelės limfagyslėmis patenka į artimiausius sritinius limfmazgius, kuriuose sulaikomos, pradeda daugintis, limfmazgiuose vystosi vėžio metastazės, jie padidėja, laikui bėgant gali suaugti į vieną konglomeratą. Per limfinę sistemą vėžio ląstelės gali būti nunešamos ir į toli nuo pirminio židinio esančius kūno organus, kuriuose taip pat formuojasi vėžio metastazės
- per kraują – nuo pirminio židinio atitrūkusios vėžio ląstelės kraujagyslėmis kraujo srove nunešamos į kitus tolimus organus, ten prigyja, dauginasi, formuojasi vėžio metastazės

Vėžio metastazės yra to paties tipo navikai kaip ir pirminis vėžio židiny. Pavyzdžiui, jei gerklų vėžys išplito į plaučius ir juose susiformavo metastazės, tai metastazių piktybinės ląstelės bus tokios pačios kaip ir pirminio vėžio gerklose. Tai bus gerklų vėžio metastazės plaučiuose, bet ne plaučių vėžys.

Nustatyti vėžio išplitimą, t. y. nustatyti jo stadiją, yra labai svarbu, nes tai padeda parinkti patį tinkamiausią paciento gydymą, numatyti ligos eigą, prognozę, galimybę pasveikti.

Ligos išplitimui, t. y. stadijai, apibūdinti naudojama priemonė – simbolių TNM sistema. T – žodžio *tumor* (navikas) santrumpa, N – žodžio *node* (limfmazgis) santrumpa, M – žodžio *metastasis* (metastazė) santrumpa.

Piktybinius navikus pirmasis pagal TNM sistemą suklasifikavo ir šią klasifikaciją toliau plėtojo prancūzas Pierre Denoix 1943–1952 metais. Nuo 1950 m. iki dabar Tarptautinė kovos prieš vėžį organizacija (angl. *International Union Against Cancer; UICC*), bendradarbiaudama su Pasaulio sveikatos organizacija, kitomis institucijomis, vadovaudamasi onkologijos mokslo pasiekimais, rengia, plėtoja, papildo, tikslina piktybinių navikų pagal TNM sistemą klasifikaciją. 2010 m. UICC išleido jau septintąją piktybinių navikų klasifikacijos pagal TNM sistemą redakciją. Tikslus, pagal visiems vienodas taisykles piktybinių navikų anatominio išplitimo apibūdinimas ir klasifikavimas labai svarbus dėl to, kad padeda įvairių šalių gydytojams bendradarbiauti gydant vėžį, vertinant gydymo rezultatus, rengiant gydymo standartus, mokslinėje veikloje.

Piktybinių navikų stadijavimą pagal TNM sistemą savo praktikoje naudoja ir Lietuvos gydytojai.

Paprastai skiriamos 5 vėžio stadijos. Maži ar neišplitę už organo ribų navikai – pirma arba antra stadija, išplitę į gretimas struktūras – trečia, išplitę į kitus, toli nuo pirminio židinio esančius organus navikai – ketvirta stadija. Nulinei stadijai priklauso navikai, vadinami *carcinoma in situ* (vėžys vietoje), t. y. čia piktybinis procesas yra tik pačiose epitelio ląstelėse, nepereina jų ribų, todėl negali būti išplitęs į sritinius limfmazgius bei metastazavęs į kitus organus.

Piktybinių navikų išplitimo (stadijos) nustatymo principas pagal TNM sistemą pagrįstas simbolių T, N ir M reikšmių įvertinimu atliekant atitinkamą kiekvieno paciento ištyrimą. Atliekant tyrimus nustatoma:

- kokios apimties (dydžio) yra pirminis navikas (vėžys) – T
- ar yra pirminio naviko metastazių sritiniuose limfmazgiuose – N
- ar yra šio naviko (vėžio) metastazių kitose kūno srityse, kituose organuose – M

Priklausomai nuo tyrimų duomenų, kiekvieno šių simbolių reikšmė pažymima pridėdant prie simbolio atitinkamus skaičius.

Simbolio T galimos reikšmės, priklausomai nuo naviko apimties, gali būti žymimos Tis (is – karcinoma *in situ* trumpinys), T1, T2, T3, T4, metastazių sritiniuose limfmazgiuose buvimas bei apimtis gali būti žymima N0, N1, N2, N3, metastazių kituose organuose, esančiuose toli nuo pirminio naviko, reikšmės gali būti M0 ir M1.

Tokiu būdu atlikus visus reikiamus paciento tyrimus, kiekvienu konkrečiu piktybinio naviko atveju gaunama T, N ir M reikšmių kombinacija, trumpa jo išplitimo schema, t. y. nustatoma ligos stadija. Šiuo principu naudojamosi nustatant ir gerklų vėžio išplitimą, t. y. stadiją.

Gerklų navikų apimčių (T) galimos reikšmės

Tis – *carcinoma in situ*, vėžiniai pakitimai yra tik gerklų gleivinės epitelio ląstelėse

Balso stygų (glottis) navikų (T) apimties galimos reikšmės

T1 – navikas yra tik balso stygose, bet balso stygų judrumas nepaveiktas, jos judrios

- T1a – navikas yra tik dešinėje ar tik kairėje balso stygoje
- T1b – navikas yra abiejose balso stygose

T2 – navikas iš balso stygų išplitęs aukščiau į gerklų prieangį (*supraglottis*), ir /arba žemiau į pobalsinę gerklų dalį (*subglottis*). T2 atveju gali būti pažeistas stygų judrumas, bet jos neparalyžiuotos, judrios

T3 – navikas dar neišplitęs už gerklų ribų, paralyžiuota, nejudri bent viena iš balso stygų

T4a – navikas iš gerklų išplitęs į skydinę kremzlę ir/ arba į audinius už gerklų ribų (minkštuosius kaklo audinius, trachėją, skydliaukę, stemplę)

T4b – navikas iš gerklų išplitęs iki stuburo, į tarpuplaučio struktūras, apima miego arteriją

Gerklų prieangio (supraglottis) navikų (T) apimties galimos reikšmės

T1 – navikas yra virš balso stygų, viename ribotame gerklų prieangio plotelyje, jis nesutrikdo balso stygų judrumo

T2 – navikas prasidėjęs gerklų prieangyje, bet apėmęs gretimas prieangiui ar balso stygomis (*glottis*) gleivinės sritis ar apėmęs už prieangio ribų esančių sričių, kaip liežuvio šaknies, gleivinę

T3 – navikas dar neišplitęs už gerklų ribų, apėmęs balso stygas, jos fiksuotos ir/arba pažeidžia prieangį supančius audinius

T4a – navikas išplitęs kiaurai skydinę kremzlę ir/arba įtraukęs audinius po gerklomis (trachėją, minkštuosius kaklo audinius, skydliaukę, stemplę)

T4b – navikas išplitęs į audinius iki stuburo, į tarpuplaučio struktūras, apima miego arteriją

Pobalsinės gerklų srities (subglottis) navikų (T) apimties galimos reikšmės

T1 – navikas yra tik po balso stygomis

T2 – navikas išplitęs į balso stygas, balso stygų judrumas gali būti normalus arba sutrikęs

T3 – navikas dar neišplitęs už gerklų ribų, bet apėmęs ir fiksavęs balso stygas

T4a – navikas apima žiedinę, skydinę kremzles ir/arba audinius žemiau gerklų (trachėją, minkštuosius kaklo audinius, skydliaukę, stemplę)

T4b – navikas išplitęs į audinius iki stuburo, į tarpuplaučio struktūras, apima miego arteriją

Sritinių kaklo limfmazgių (N) galimos reikšmės

NX – sritiniai limfmazgiai negali būti įvertinti

N0 – vėžio metastazių sritiniuose limfmazgiuose nėra

N1 – vėžio metastazė yra viename limfmazgyje toje pačioje kaklo pusėje, kurioje prasidėjo vėžys gerklose; padidėjusio limfmazgio skersmuo ne didesnis kaip 3 cm arba mažesnis

N2 gali būti:

N2a – vėžio metastazė yra viename limfmazgyje toje pačioje kaklo pusėje, kurioje prasidėjo vėžys gerklose; padidėjusio limfmazgio skersmuo didesnis negu 3 cm, bet ne didesnis negu 6 cm

N2b – vėžio metastazių yra daugiau nei viename limfmazgyje toje pačioje kaklo pusėje, kurioje prasidėjo vėžys gerklose; nė vieno padidėjusio limfmazgio skersmuo ne didesnis nei 6 cm

N2c – vėžio metastazių yra daugiau nei viename limfmazgyje abiejose arba priešingoje kaklo pusėje, nei prasidėjo vėžys gerklose; nė vieno padidėjusio limfmazgio skersmuo ne didesnis nei 6 cm

N3 – metastazinio kaklo limfmazgio skersmuo didesnis nei 6 cm

Tolimųjų metastazių (M) galimos reikšmės

MX – tolimosios metastazės dėl tam tikrų priežasčių negali būti nustatytos

M0 – tolimųjų metastazių nėra

M1 – yra tolimųjų vėžio metastazių

Gerklų vėžio stadijos (T, N ir M grupavimas į stadijas)

Ištyrus gerklų vėžiu sergantį pacientą ir nustatčius T, N ir M reikšmes, liga, vadovaujantis TNM sistema, priskiriama vienai ar kitai stadijai, atitinkančiai gautų reikšmių variantą.

0 stadija (TisN0M0 – karcinoma *in situ*) – kai vėžio ląstelių yra tik gerklų gleivinės epitelyje. Tai reiškia, kad piktybinis procesas dar neprasiskverbęs už epitelinės ląstelės ribų, piktybiniai pakitimai yra tik pačioje ląstelėje (lot. *ca in situ* – vėžys vietoje). Metastazių esant karcinomai *in situ* būti negali. Paprastai šios stadijos gerklų vėžys nesukelia simptomų, nustatomas retai.

I stadija (T1N0M0) – kai nustatomas T1 apimties navikas gerklų priedangio, balso stygų arba pobalsinėje gerklų dalyje (T1 apimtys aprašytos aukščiau), metastazių sritiniuose kaklo limfmazgiuose bei tolimųjų metastazių nėra. Jei navikas *glottis* (stygų) srityje, pirmos stadijos

simbolių kombinacija, priklausomai nuo to, ar vienoje, ar abiejose stygose yra navikas, gali būti T1aN0M0 ar T1bN0M0

II stadija (T2N0M0) – kai nustatomas T2 apimties navikas gerklų priangio, balso stygų arba pobalsinėje gerklų dalyje (T2 apimtyms aprašytos aukščiau), metastazių sritiniuose kaklo limfmazgiuose bei tolimųjų metastazių nėra.

III stadija (variantai):

- III stadija (T3N0M0) – kai nustatomas T3 apimties navikas gerklų priangio, balso stygų arba pobalsinėje gerklų dalyje (T3 apimtyms aprašytos aukščiau), bet nėra metastazių sritiniuose kaklo limfmazgiuose ir nėra tolimųjų metastazių
- III stadija (T3N1M0) – kai nustatomas T3 apimties navikas gerklų priangio, balso stygų arba pobalsinėje gerklų dalyje (T3 apimtyms aprašytos aukščiau) ir yra nustatoma vėžio metastazė viename limfmazgyje toje pačioje kaklo pusėje, kurioje prasidėjo gerklų vėžys; padidėjusio limfmazgio skersmuo ne didesnis kaip 3 cm arba mažesnis
- III stadija (T1N1M0 arba T2N1M0) – kai nustatomas mažesnės T1 arba T2 apimties navikas gerklų priangio, balso stygų arba pobalsinėje gerklų dalyje ir yra vėžio metastazė viename tos pačios pusės kaklo limfmazgyje, ne didesnė kaip 3 cm diametro

IVA stadija (variantai)

- IVA stadija (T4aN0M0 arba T4aN1M0) – kai nustatomas T4a apimties navikas gerklų priangio, balso stygų arba pobalsinėje gerklų dalyje, nėra metastazių kaklo limfmazgiuose ir nėra tolimųjų metastazių arba yra vienas N1 apimties limfmazgis toje pačioje kaklo pusėje, kurioje prasidėjo vėžys gerklose, bet nėra tolimųjų metastazių.
- IVA stadija (T1N2M0, T2N2M0 arba T3N2M0) – kai nustatomas mažesnės apimties navikas gerklų priangio, balso stygų arba pobalsinėje gerklų dalyje, bet yra didesnių kaip N2 apimties metastazių kaklo limfmazgiuose.

IVB stadija (variantai)

IVB stadija (T4bN0M0, T4bN1M0, T4bN2M0 arba T4bN3M0) – kai nustatomas T4b apimties navikas ir bet koks N variantas, bet nėra tolimųjų metastazių

IVB stadija (T1N3M0, T2N3M0, T3N3M0 arba T4N3M0) – kai nustatomas bet kokios apimties navikas T, tačiau visais atvejais yra N3 apimties metastazių kaklo limfmazgiuose, tolimųjų metastazių nėra

IVC stadija (T bet kurios apimties, N bet kurios apimties, M1) – kai nustatoma tolimųjų metastazių esant bet kurios apimties navikui ir bet kurios apimties metastazių kaklo limfmazgiuose.

Vėžio diferenciacijos laipsniai

Apie gerklų vėžio agresyvumą galima spręsti iš vėžio ląstelių diferenciacijos laipsnio. Vėžio diferenciacijos laipsnį nustato patologas, kai mikroskopu tiria naviko biopsinės medžiagos ląsteles.

Piktybinių ląstelių diferenciacijos laipsnis parodo, kiek jos pakitusios, palyginti su ląstelėmis, iš kurių išsivystė. Kuo vėžio ląstelės struktūra artimesnė sveikosios struktūrai, t. y. geriau diferencijuota, tuo ji mažiau piktybiška, lėčiau auga navikas, lėčiau metastazuoja, ligos eiga švelnesnė. Kuo vėžio ląstelės struktūra labiau pakitusi, skiriasi nuo sveikos ląstelės, t. y. mažiau diferencijuota, tuo ligos eiga agresyvesnė. Aukšto laipsnio, t.y. geros diferenciacijos gerklų navikas žymimas simboliu G_1 , vidutinės G_2 , žemo laipsnio, t. y. mažos diferenciacijos – G_3 , nediferencijuotas navikas – G_4 .

Kaip nustatoma gerklų vėžio diagnozė

Gydytojas, kalbėdamas su pacientu, pirmiausia išsiaiškina, kokie simptomai pacientą vargina, kokius vaistus jis vartoja, kokiomis ligomis yra sirgęs anksčiau. Gydytojas apžiūri ir apčiuopia paciento kaklą, ar jame nėra padidėjusių limfmazgių.

Tada atliekama gerklų apžiūra, kitaip laringoskopija.

Netiesioginė transnazalinė (per nosį) laringoskopija panaudojant nazofibroendoskopą

Tai vienas svarbiausių tyrimų siekiant nustatyti, ar gerkllose yra navikas, įvertinti jo vietą bei apimtį. Juo siekiama apžiūrėti gerklas iš vidaus. Gydytojas pacientui per nosies landą nosiarykle žemyn iki gerklaryklės ir gerklų stumia ploną, lankstų, vamzdelio pavidalo instrumentą, vadinamą nazofibroendoskopu (3 ir 4 pav.). Prietaiso, stumiamo žemyn, viršūnėje yra šviesos šaltinis, jis gerai apšviečia tiriamas struktūras. Priešingame instrumento gale yra optinė stebėjimo sistema, per ją gydytojas apžiūri iš vidaus visas struktūras, kurias savo kelyje apšviečia stumiamas per nosį žemyn iki gerklų (jei reikia – ir žemiau balso plyšio) šviesos šaltinis. Jei nazofibroendoskopas sujungtas su videokamera ir kompiuterine sistema, padidinti, geros kokybės gerklų ir kitų struktūrų vaizdai matomi ekrane.

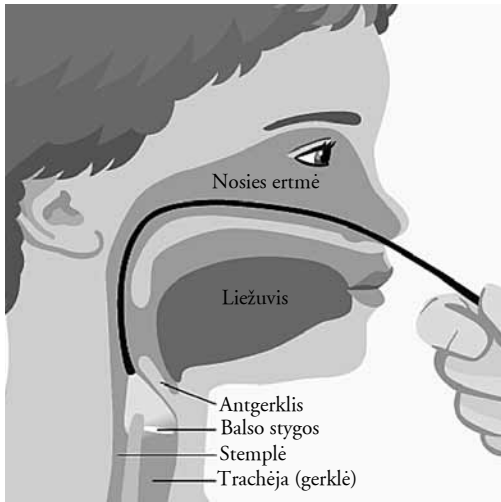


3 pav. Nazofibroendoskopas

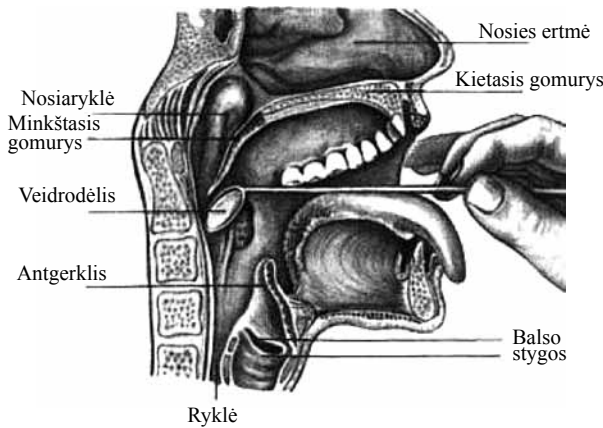
Procedūra pacientui gali būti nelabai maloni, bet ji trunka tik kelias minutes. Kad audiniai būtų mažiau dirginami ir taptų nejautrūs, paprastai prieš procedūrą gydytojas į paciento burną papurškia paviršinę gleivinių nejautrą sukeliančių vaistų.

Po procedūros apie valandą ar kol burnos audiniai vėl atgauna įprastą jautrumą, pacientui negalima gerti ir valgyti.

Anksčiau, o kai kur ir dabar, gerklų apžiūrimas senesniu būdu. Kad gerklų būtų gerai matomos, šviesos šaltiniu panaudojama paprasta šalia gydytojo darbo vietos stovinti stalinė lempa. Gydytojas ant galvos uždėtu šviesos reflektoriumi (kaktiniu



4 pav. Nazofibroendoskopas per nosies landą įstumtas iki gerklų



5 pav. Gerklų apžiūra senesniu būdu



6 pav. Tiesioginė laringoskopija

veidrodžiu) nukreipia lempos šviesos pluoštą pro išžiotą paciento burną į užpakalinę burnos dalį. Tada gydytojas prie paciento užpakalinės ryklės sienelės (ji yra burnaryklės gale) priglaudžia ant ilgos kojytės pritvirtintą nedidelį veidrodėlį, kuriame atsispindi ir matomos gerklos bei balsų stygos. Taip gydytojas jas apžiūri (5 pav.).

Tiesioginė laringoskopija ir biopsija

Šis tyrimas atliekamas, kai gydytojas, aptikęs įtartinių dėl vėžio pokyčių gerklose, siekia atlikti gerklų **biopsiją** arba negalėjo pakankamai gerai apžiūrėti ir įvertinti gerklų naviko apimties ankstesnio tyrimo metu.

Šis tyrimas atliekamas operacinėje bendrinės nejautros sąlygomis, pacientui gulint ant nugaros – gydytojas, panaudodamas prietaisą laringoskopą, gali laisvai apžiūrėti gerklas. Laringoskopas – tai metalinis prietaisas, prie kurio rankenos stačiu kampu pritvirtinta šaka su šviesos šaltiniu gale per pražiodytą paciento burną įkišama virš antgerkliaus (6 pav). Kai laringoskopu pakeliamas antgerklis, atsiveria gerklų vaizdas, gydytojas jas apžiūri, specialiomis žnyplėmis paima medžiagos iš įtartinų gerklų vietos. Paimtoji medžiaga pasiunčiama į patologijos tyrimo laboratoriją mikroskopu ištirti, ar joje yra vėžio ląstelių.

Medžiagos paėmimas plona adata

Jei kakle yra susiformavęs padidėjusių limfmazgių darinys ar dariniai, medžiaga tyrimui iš jų paimama panaudojant ploną adatą su švirkštu, t. y. atliekant vadinamąjį medžiagos išsiurbimą plona adata (angl. *fine needle aspirate*, FNA). Gydytojas ploną adatą įduria į mazgą kakle ir švirkštu išsiurbia audinių medžiagos. Tai dažniausiai atliekama kontroliuojant ultragarsu, kas padeda gydytojui tiksliai įdurti į vietą, iš kurios norima gauti medžiagos. Medžiaga pasiunčiama iš-tirti patologui.

Kiti tyrimai

Ankstesniais tyrimais aptikus gerklų naviką svarbu atlikti kitus tyrimus ir nustatyti, koks jo išplitimas – ar navikas išplitęs už gerklų ribų į aplinkines sritis, ar yra naviko metastazių kituose organuose. Tai labai svarbu parenkant paciento gydymą. Ne visada ir ne būtinai visi žemiau minimi kiti tyrimai atliekami – kiekvienu individualiu atveju, kokius tyrimus atlikti būtina, sprendžia gydytojas.

Krūtinės ląstos rentgeninis tyrimas

Tyrimas atliekamas įvertinti paciento plaučių ir širdies būklę. Esant įtarimui, kad vėžys išplitęs, gali būti atliekami ir kiti radiologiniai tyrimai.

Kompiuterinė tomografija (KT)

Ligos išplitimui, t. y. stadijai, nustatyti ar patikslinti naudojama KT. Prieš atliekant tyrimą mažiausiai 4 val. negalima valgyti. Kad KT vaizduose galimi pokyčiai būtų aiškiau matomi ir išmatuojami, t. y. būtų didesnis kontrastas tarp įvairių organų, kas padėtų geriau įvertinti tikrąją situaciją, valandą prieš tyrimą pacientui į veną sušvirkščinama kontrastinės medžiagos ar duodama jos išgerti. Atliekama kaklo, krūtinės ląstos, o jei reikia – ir kitų sričių KT. Atlikus KT gaunami ir kompiuterinės įrangos ekrane matomi bei į kompiuterio atmintį įrašomi skersiniai tiriamosios kūno dalies rentgeno vaizdai, t. y. serija lyg kas pusę ar kas 1 cm skersai „supjaustyto“ kūno vaizdų. Tik šiuo atveju „pjūvius“ atlieka KT rentgeno spindulių pluoštas. Gydytojas, kompiuterio ekrane apžiūrėdamas ir įvertindamas visus paeilui vienas paskui kitą einančių „pjūvių“ vaizdus, tiksliai nustato, kur yra navikas, kiek jis susijęs su aplinkiniais organais, ar yra metastazių kaklo ar tolimesniuose krūtinės limfmazgiuose, plaučiuose, t. y. ar liga išplitusi į kitas sritis.

Tyrimas neskausmingas, atliekamas pacientui gulint ant KT įrangos gulto. Ramiai išgulėti reikia 30–40 minučių. Po tyrimo pacientas gali eiti namo.

Branduolinio magnetinio rezonanso tomografija (BMRT)

BMR įrenginys generuoja stiprą magnetinį lauką, kuris sąveikauja su organizme esančiais vandenilio branduoliais. Sužadinti vandenilio branduoliai skleidžia atitinkamą signalą, kuris sugaunamas specialiais imtuvais ir apdorojamas kompiuteriu. Kompiuteris suformuoja dvimatį arba trimatį tiriamosios kūno dalies vaizdą. Šis tyrimo metodas labai tinka tirti audinius, turinčius daug vandens, vadinasi, ir vandenilio. BMRT tyrimas gali būti panaudojamas ir gerklų vėžio diagnostikoje. Atlikus kaklo BMRT tyrimą, gaunama, panašiai kaip kompiuterinės tomografijos atveju, serija kaklo skersinių vaizdų. Radiologas nagrinėja kiekvieno „sklerspūvio“ vaizdą ir mato, jei yra, navikinį darinį, nustato tikslią jo vietą, dydį ir kitus parametrus. Kad vaizduose būtų stipresnis kontrastas tarp audinių, gali būti panaudojamos kontrastinės medžiagos kaip ir KT atveju.

BMRT tyrimas yra mažiau, palyginti su KT tyrimu, patogus pacientui – pirmiausia jo trukmė ilgesnė, kartais net iki valandos laiko. Be to, tiriamasis turi gulėti ant nugaros tam tikrame cilindre, kas neretai sukelia nerimą ir baimę. Tyrimo metu girdimas didelis triukšmas, skleidžiamas BMRT įrenginio – jam nuslopinti naudojamos specialios ausinės. Kadangi BMRT įrenginys

generuoja stiprų magnetinį lauką, tyrimo negalima atlikti, jei paciento organizme yra metalinių daiktų, pavyzdžiui, širdies stimulatorius, metalinės kabutės, kuriomis kažkada atliktos operacijos metu buvo susiūti audiniai, ir kt.

Pozitronų emisijos tomografija (PET)

Atliekama siekiant nustatyti naviko išplitimą. Naviko ląstelėse vyksta aktyvesnė nei sveikose medžiagų, ypač gliukozės, apykaita. Šis reiškinys išnaudojamas navikams ar metastazėms nustatyti. PET skenavimui atlikti dažniausiai naudojamas radionuklidus 18-fluordeoksigliukozė – gliukozės ir radioaktyviojo fluoro (^{18}F) junginys. Šios medžiagos sušvirkščinama į kraują. Medžiaga kaupiasi tose organizmo vietose, kuriose suaktyvėjusi medžiagų apykaita, t. y. ten, kur sunaudojama daugiau gliukozės, pavyzdžiui, navike ar jo metastazėse. Čia radionuklidai iš atomų branduolių atpalaiduoja pozitronus, kurių skleidžiamus signalus registruoja gama kamera. Atliekant PET, matomos visos organizmo vietos (atliekamas viso kūno skenavimas), kuriose pagreitėjusi medžiagų apykaita ir kaupiasi gliukozė.

PET yra naujausias radiologijoje tyrimo metodas, bet nėra rutininis tyrimas gerklų navikui ar jo išplitimui nustatyti. Jis taikomas, kai visi kiti atlikti tyrimai gydytojui neduoda aiškaus atsakymo dėl ligos diagnozės ar išplitimo.

Kaulų scintigrafija (kaulų skenavimas)

Vėžio metastazes kauluose galima aptikti atlikus kaulų scintigrafiją (kitai skenavimą). Šiam tyrimui atlikti naudojami radioaktyviųjų medžiagų izotopai, kurių kaupimosi organizme vieta – kaulinis audinys. Radioaktyviosios medžiagos tirpalo sušvirkščinama į veną, dažniausiai alkūnės linkyje. Kraujo srovė medžiagą nuneša į kaulus, juose ji kaupiasi ir skleidžia jonizuojančiąją spinduliuotę, kurią kaulų skenavimo metu registruoja speciali gamakamera. Taip aparatas skenuodamas nuskaito viso kūno kaulų vaizdą. Baigus tyrimą, skenogramose matomas viso skeleto vaizdas. Jei kuriame nors kaule yra vėžio metastazių, jos matomos kaule kaip intensyvūs taškai – mat kaulinis audinys metastazės vietoje sukaupia daug daugiau radioaktyviosios medžiagos nei sveikosios kaulo dalys. Tyrimas jautresnis už paprastą rentgenografiją, parodo metastazes, kurių dar nematyti retentgeno nuotraukose. Šis tyrimas atliekamas pacientams, kai gydytojas įtaria, kad gerklų vėžys gali būti metastazavęs į kaulus.

Tyrimas ultragarsu

Šis tyrimas atliekamas aparatu, vadinamu echoskopu – panaudojant aukšto dažnio garso bangas ir kompiuterinę techniką gaunami tiriamosios srities vaizdai, matomi echoskopo ekrane. Tyrimu siekiama nustatyti, ar kaklo limfmazgiuose, vidaus organuose nėra vėžio metastazių.

Tyrimas neskausmingas, trunka keletą minučių. Jį atlieka gydytojas radiologas. Tyrimo metu pacientas guli ant nugaros, tiriamoji kūno sritis ištepama specialiu geliu, kad kontaktas tarp aparato daviklio ir odos būtų glaudesnis. Garso bangų daviklis, prietaisas, panašus į mikrofoną, vedžiojamas tiriamosios kūno dalies paviršiumi. Aukšto dažnio garso bangos, sklisdamos į kūno gilumą, savo kelyje sutinka įvairaus tankio audinių ir, atsimušusios į juos, aidu grįžta į echoskopo kompiuterinę dalį. Tiriamosios kūno dalies audinių vaizdai matomi ekrane, jie analizuojami. Šis tyrimas gali būti panaudojamas įsitikinti, ar gerklų vėžys neišplitęs į kaklo srities limfmazgius, kitus vidaus organus, pvz., kepenis.

Kraujo tyrimai

Specifinių kraujo tyrimų gerklų vėžiui nustatyti nėra, tačiau atliekami kraujo tyrimai siekiant įvertinti bendrąją paciento sveikatos būklę.

Gerklų vėžio gydymas

Apžvalga

Gerklų navikas(vėžys) dažnai gali būti sėkmingai pašalintas, ypač jei nustatytas ankstyvos stadijos. Nors naviko pašalinimas yra svarbiausias gydymo tikslas, vėžio pažeisto organo funkcijos išsaugojimas taip pat labai svarbus veiksnys. Planuodami gydymą gydytojai apsvaisto, kaip gydymas paveiks paciento gyvenimo kokybę, kaip pacientas jausis, atrodys, kalbės, valgys, kvėpuos. Gerklų vėžio gydymas gali reikšmingai paveikti šias funkcijas, todėl gydytojų sprendimai būna rūpestingai apgalvojami.

Gydant vėžį, multidisiplininė gydytojų komanda, kurią sudaro skirtingų specialybių gydytojai, kartu sprendžia ir numato bendrą paciento gydymo planą, kurį gali sudaryti keli skirtingi gydymo būdai. Į multidisiplininės gydytojų komandos, sprendžiančios gerklų vėžio gydymo klausimus, sudėtį įeina ausų nosies ir gerklės (LOR) gydytojas, gydytojas chirurgas, operuojantis galvos ir kaklo srities navikus, gydytojas onkologas radioterapeutas, gydytojas onkologas chemoterapeutas, gydytojas radiologas (atliekantis radiologinius tyrimus ir įvertinantis juos), gydytojas patologas (tiriantis audinius mikroskopu), gydytojas reabilitologas, gydytojas dietologas ir jei reikia, kitų specialybių gydytojai bei sveikatos specialistai.

Pagrindiniai sergančiųjų gerklų vėžiu gydymo būdai – chirurginis, spindulinis (radioterapija), chemoterapija, pastaraisiais metais jau naudojama ir taikinių terapija.

Dažniausi gerklų vėžio gydymo būdai yra chirurginis gydymas ir radioterapija. Priklausomai nuo konkrečios klinikinės situacijos, gali būti taikomas tik kuris nors vienas iš šių dviejų gydymo metodų arba ir vienas, ir kitas juos derinant. Chemoterapija gali būti panaudojama derinant ją su spinduliniu gydymu – taip siekiama padidinti vėžio sunaikinimo galimybę.

Gydymo parinkimas konkrečiam pacientui priklauso nuo daugelio veiksnių – nuo to, kurioje gerklų dalyje yra navikas, jo išplitimo, t. y. ligos stadijos, naviko diferenciacijos laipsnio, nuo paciento bendrosios sveikatos būklės, galimų gydymo šalutinių poveikių, paciento pasirinkimo.

Jei gerklų vėžys nustatytas ankstyvos stadijos, paprastai taikoma arba radioterapija, arba chirurginis gydymas.

Jei liga yra vėlyvesnių stadijų, gali būti taikomas chirurginio gydymo, spindulinio gydymo ir chemoterapijos derinys – siekdami sumažinti gerklų vėžio atsinaujinimo riziką, po operacijos gydytojai rekomenduoja atlikti radioterapiją, kartais chemoterapiją.

Jei operacija dėl ligos išplitimo negalima, taikomas chemospindulinis gydymas – chemoterapijos ir radioterapijos derinys.

Kartais, siekiant sumažinti gerklų vėžio apimtį, prieš radioterapiją taikoma chemoterapija.

Chemoterapija taikoma ir kai gerklų vėžys išplitęs už gerklų ribų arba liga atsinaujina po radioterapijos.

Gydytojai pacientui paaiškina jo gydymo galimybes, kodėl rekomenduojama gydyti būtent taip, kokių šalutinių poveikių pacientas gali sulaukti, kokių gydymo rezultatų gali tikėtis.

Prieš pradėdant gydymą gydytojas ar slaugytojas pataria pacientui, kaip pasiruošti gerklų vėžio gydymui.

Labai svarbu mesti rūkyti ir vartoti alkoholį. Metimas rūkyti padidina gydymo efektyvumą. Jei gydymo metu ir vėliau pacientas teberūko, didesnė gydymo šalutinių poveikių rizika ir ligos atsinaujinimo galimybė. Alkoholinių gėrimų, ypač stipriųjų, nebeartojimas padidina gydymo efektyvumą bei sumažina šalutinių poveikių riziką.

Taip pat prieš vėžio gydymą reikia, kad dantų gydytojas įvertintų paciento dantų būklę ir sugydytų nesveikus dantis. Taip sumažinama burnos problemų, susijusių su gerklų vėžio gydymu, rizika.

Pacientai, sergantys galvos ir kaklo srities (taip pat ir gerklų) vėžiu, ypač kai liga vietiskai išplitusi, neretai kenčia mitybos nepakankamumą, išsivysčiusį dėl paties piktybinio naviko ar šalutinių radioterapijos (ar chemoterapijos) poveikių sukulto skausmingo, pasunkėjusio maisto rijimo. Kai ryti skausminga ir sunku, pacientas nuolat suvalgo per mažai maisto, išgeria per mažai skysčių, dėl to netenka daug kūno svorio, išsenka, tampa silpnesnis. Kartais pacientai, dar jiems nepradėjus gydymo, dėl mitybos nepakankamumo jau būna labai sulysę ir išsekę. Tokios būklės pacientai daug sunkiau pakelia radioterapiją ar chemoterapiją, gydymo rezultatai pablogėja, kartais gydymą tenka laikinai nutraukti.

Todėl, siekiant užtikrinti pacientų visavertę mitybą, kartais jiems atliekama nesudėtinga chirurginė intervencija – pilvo sienoje suformuojama *gastrostoma*.

Gastrostoma – tai skrandžio ertmės jungtis su išore per angą pilvo sienoje. Padarius angą, į skrandžio ertmę įkišamas vamzdelis, pro kurį į skrandį švirkštu švirkščiamas skystas sutrintas maistas, specialūs tokiam maitinimui skirti mišiniai. Maitindamasis pro gastrostomą pacientas atgauna jėgas, jam sugrįžta prarastas svoris – galima pradėti gydymą. Apie viską – kiek laiko reikės maitintis per gastrostomą, kokią maistą, kaip ją prižiūrėti, pacientą informuoja gydytojas. Gastrostoma gali būti naudojama ir gydymo laikotarpiu.

Kai pacientas po gydymo, nurimus šalutiniams poveikiams, jau gali valgyti natūraliu būdu, vamzdelis iš pilvo sienos išimamas, anga laipsniškai užsitraukia, sugyja.

Chirurginis gydymas

Atlikdamas chirurginę gerklų vėžio pašalinimo operaciją chirurgas siekia pašalinti naviką su aplink naviką esančių sveikų audinių kraštu. Visa pašalinta audinių medžiaga ištiriama patologijos laboratorijoje. Jei patologas, ištyręs operacijos medžiagą, pašalintų sveikųjų audinių kraštuose neaptinka vėžio ląstelių, vadinasi, operacija radikali, vėžio ląstelių gerklose neliko. Kartais chirurgui nepavyksta atlikti radikalaus naviko pašalinimo, tuomet taikomi dar ir kiti gydymo būdai.

Žemiau aprašytos dažniausiai atliekamos, priklausomai nuo naviko išplitimo gerklose, chirurginės gerklų operacijos.

Dalinė laringektomija. Tai gerklų dalies, kurioje yra vėžys, pašalinimas. Operacija padeda išsaugoti balsą. Priklausomai nuo to, kurioje gerklų dalyje yra navikas, atliekamos skirtingos apimties dalinės gerklų pašalinimo operacijos.

Totali laringektomija. Tai visiškas visų gerklų chirurginis pašalinimas. Po šios operacijos nebelieka jungties tarp burnos, nosies ir plaučių, pacientas nebegali kvėpuoti ir kalbėti kaip anksčiau.

Kad galėtų kvėpuoti, pacientui operacijos metu priekinėje išorinėje kaklo dalyje suformuojama vadinamoji tracheostoma – anga, atsiverianti į trachėją. Per ją pacientas turės kvėpuoti visą laiką. Kadangi su gerklomis pašalinamos ir balso stygos, žmogus po tokios operacijos negali kalbėti. Kai viskas sugyja, balso atkūrimo specialistas, panaudodamas įvairius metodus, gali išmokyti kalbėti ir nebeturintį balso stygų pacientą.

Laringofaringektomija. Tai visų gerklų, įskaitant ir balso stygas, ir dalies ar visos ryklės chirurginis pašalinimas. Šios operacijos metu suformuojama, rekonstruojama ryklė, panaudojant audinių lopus iš kitų kūno dalių. Kaip ir po visų gerklų pašalinimo, taip ir po šios operacijos pacientas negali kalbėti, jam sutrikęs rijimas. Tačiau atitinkami specialistai išmoko kalbėti ir ryti.

Tracheostomija. Dalinės ir totalios laringektomijos atveju, kad pacientas galėtų kvėpuoti, priekinėje išorinėje kaklo dalyje chirurgas suformuoja angą, atsiveriančią į trachėjos spindį, vadinamąją tracheostomą. Per šią angą pacientas kvėpuoja – oras įkvepiamas į plaučius ir per ją iškvepiamas. Kad angos kraštai nesuaugtų, per ją į trachėją įkišamas ir nuolat laikomas tracheostominis vamzdelis, kuris tvirtai palaiko kvėpavimo angos spindį atvira.

Kai atlikta dalinė laringektomija, t. y. pašalinta tik dalis gerklų, tracheostoma paprastai būna laikina – kai operacijos žaizda sugyja, tracheostominis vamzdelis išimamas, angos kraštai suartėja ir sugyja, pacientas gali kvėpuoti ir kalbėti natūraliai. Kartais balsas lieka kiek prikimęs ar silpnesnis.

Kai atlikta totali laringektomija, t. y. pašalinamos visos gerklos, tracheostoma lieka visam laikui, pacientas kvėpuoja per suformuotą kakle angą, tiksliau, per į ją įdėtą tracheostominį vamzdelį. Neturintį balso stygų pacientą kalbėti išmoko šios srities specialistai.

Kaklo limfmazgių pašalinimas. Gerklų vėžys pirmiausia metastazuoja į kaklo limfmazgius. Priklausomai nuo to, kokioje gerklų dalyje yra vėžys, kokia ligos stadija, šalinama dalis arba visi kaklo limfmazgiai. Visa pašalinta medžiaga pasiunčiama į patologijos laboratoriją, kur atliekamas jos mikroskopinis tyrimas.

Po operacijos

Po operacijos pacientas guldomas į intensyvosios slaugos palatą. Kai jis visiškai atsibunda po narkozės, yra gražinamas į palatą.

Atsibudęs po narkozės pacientas pamato savo kakle tracheostominį vamzdelį, nosyje maitinimo zondą, kaklo operacijos žaizdoje paliktus vamzdelius audinių sekretui ištekėti ar būti išsiurbiamam. Prieš operaciją gydytojas paaiškina, kaip pacientas atrodys po operacijos, todėl nei pacientas, nei jo artimieji neturėtų išsigąsti šio vaizdo. Jokiu būdu negalima pačiam ištraukti žaizdoje paliktų vamzdelių!

Pooperaciniu laikotarpiu pacientas raginamas kuo anksčiau pradėti judėti. Tai svarbu siekiant greičiau pasveikti ir išvengti pooperacinių komplikacijų. Pacientas paraginamas ir pamokomas dar gulėdamas lovoje judinti kojas bei atlikti kvėpavimo pratimus.

Jei žaizda gyja gerai, dauguma ligonių išvyksta namo po 10–12 dienų.

Maitinimo zondas.

Operacijos metu susidarę priekinės ryklės ir stemplės sienelės defektai užsiuvami. Kad visas gytų, siulės neturi būti dirginamos. Tai reiškia, kad pacientas **neturi ryti maisto, skysčių ir**

savo seilių. Todėl operacijos metu maitinimo zondas pro nosį rykle bei stemple nustumiamas į skrandį – per jį skystas maistas švirkštu bus sušvirkščiamas tiesiai į skrandį jau kitą dieną po operacijos. Iki tol pacientui būtinos medžiagos ir skysčiai lašinami į veną.

Zondas prie galvos pritvirtinamas pleistru ar binto juostele. Maitinamas per zondą pacientas turi sėdėti. Sėdimyje padėtyje reikia likti dar 30–60 min. po maitinimo.

Seiles, kad nebūtų nuryjamos, būtina nuolat išsiurbti iš burnos specialiu medicininio elektros siurbliuku arba pacientas jas, jei gali, pats išspjauna.

Maitinimo zondas ištraukiamas dažniausiai 8–10 parą po operacijos. Tai atlieka tik gydytojas. Ištraukus zondą 2 savaites pacientui leidžiama maitintis vien skystu maistu. Dar kitas 2 savaites jam leidžiama valgyti po truputį vis tirštesnį maistą. Prie įprasto maisto sugrįžtama po 30 dienų.

Audinių drenavimo vamzdeliai

Užsiuvant operacijos žaizdą, jos audinių gilumoje paliekami drenavimo vamzdeliai – vienas vamzdelio galas yra giliai audiniuose, kitas – žaizdos išorėje. Po laringektomijų žaizdai drenuoti naudojamas „aktyvusis“ (vakuuminis) drežas. Tai reiškia, kad operacinės žaizdos skysčiai, kraujas per žaizdoje paliktus drenavimo vamzdelius bus išsiurbiami į specialius balionėlius, sujungtus su drenavimo vamzdeliais. Būtina stebėti, ar balionėliai jau prisipildė, jų turinį nuolat išpilti pažymint išskyrų kiekį ir spalvą. Tai atlieka gydytojas ar slaugytoja.

Reikia atsiminti, jog dažnai pacientai išsitraukia drenavimo vamzdelius neatsargiai vartydamiesi lovoje. Tai pavojinga – nedrenuojama žaizda gyja blogai, gali supūliuoti.

Drenavimo vamzdeliai paprastai pašalinami 6–7 parą po operacijos. Tai atlieka tik gydytojas.

Tracheostoma ir jos priežiūra

Tracheostoma – tai chirurginiu būdu suformuota anga priekinėje kaklo dalyje, per kurią įkvepiamas oras patenka tiesiai į trachėją ir plaučius. Pacientai, kuriems pašalinamos gerklos, kvėpuoja pro ją.

Po operacijos į tracheostomą įstatomas tracheostominis vamzdelis. Priklausomai nuo trachėjos spindžio, pacientui parenkamas atitinkamo dydžio (nuo 7 iki 12) tracheostominis vamzdelis ir pro suformuotą angą kakle įstatomas į trachėją. Vamzdelis neleidžia angai susiaurėti.

Dabar naudojami patogūs vienkartiniai tracheostominiai vamzdeliai, pagaminti iš elastingos, trachėjos nedirginančios medžiagos. (7 pav.).



7 pav.
Tracheostominis vamzdelis

Vamzdelis turi dvi ąseles, į kurias įverti raišteliai. Kad vamzdelis neiškristų iš trachėjos, jie surišami už kaklo taip, kad jo neveržtų, bet gerai laikytų vamzdelį. Paprastai vienkartinį vamzdelį reikia pakeisti švairiu vieną kartą per parą. Jį būtina pakeisti ir kiekvienu atveju, kai atsiranda požymių, kad vamzdelis kemšasi gleivėmis ar skrepliais – pacientas pradeda triukšmingai alsuoti, dusti. Ligoninėje, kol tracheostomoje gausiai kaupiasi sekretas ir gleivės, jos turi būti nuolat išsiurbiamos specialiu medicininio siurbliuku, panaudojant sterilius specialius plastikinius vamzdelius, vadinamus kateteriais. Pirmomis pooperacinėmis dienomis visa tai atlieka slaugytojos, tačiau šios paprastos procedūros pacientas vėliau išmoksta pats. Geriausias pagalbininkas iš pradžių bus veidrodis.

Labai svarbu, kad oras, kurį po operacijos kvėpuoja pacientas, būtų drėkinamas – drėgmė neleidžia išsausėti trachėjos gleivinei, pridžiūti prie sienelių gleivėms ir sekretui.

Tracheostominio vamzdelio dydis turi būti gerai parinktas, kad kuo mažiau dirgintų trachėją.

Kartais trachėjoje žemiau vamzdelio susidaro didesnis už vamzdelio spindį gleivių kamštis, trukdantis kvėpuoti – pacientas dūsta, darosi neramus. Taip atsitikus reikia skubiai į tracheostomą įsilašinti 2–5 ml virinto vandens, furacilino ar ramunėlių nuoviro. Tai ne tik suskystins gleivių kamštį, bet ir sukels kosulį, kurio metu kamštis bus iškosėtas. Lengviausia gleivių kamštį iškosėti sėdint, pasilenkus į priekį. Aprašytoji būklė, jei nepasiseka pašalinti iš trachėjos gleivių kamščio, yra pavojinga. Į pagalbą nedelsiant reikia kviesti gydytoją ar slaugytoją.

Po laringektomijų paprastai skiriami nuskausminamieji vaistai.

Kad operacijos žaizda nesupūliuotų, skiriami antibiotikai.

Radioterapija

Radioterapijos taikymas gydant gerklų vėžį priklauso nuo ligos stadijos.

Radioterapija, kai gerklų vėžys ankstyvos stadijos

Radioterapija, kaip savarankiškas gydymas, gali būti taikoma, kai gerklų vėžys yra ankstyvos stadijos. Kartais gydytojai rekomenduoja radioterapiją, jei chirurginis gydymas, tikėtina, galėtų paveikti balsą ir rijimą.

Radioterapija, kai gerklų vėžio išplitimas lokalus (vietinis)

Jei naviko apimtis didesnė, apima gretimas gerkloms struktūras arba jei yra vėžio metastazių kaklo limfmazgiuose, radioterapija gali būti derinama su kitais gydymo metodais. Priklausomai nuo klinikinės situacijos ji gali būti taikoma:

- Po operacijos, siekiant sunaikinti likusias vėžio ląsteles ir sumažinti vėžio atsinaujinimo riziką (vadinama adjuvantine radioterapija).
- Po operacijos kartu su chemoterapija (adjuvantinis chemospindulinis gydymas).
- Vietoj operacijos drauge su chemoterapija (chemospindulinis gydymas).

Radioterapija, kai gerklų vėžys išplitęs

Kai gerklų vėžys pernelyg išplitęs, kartais nėra galimybių taikyti radikalaus gydymo. Tuomet svarbiausias gydymo tikslas – paveikti varginančius simptomus (paliatyvus gydymas).

Radioterapija panaudojama sumažinti naviko apimtį ir taip palengvinti rijimą ir kvėpavimą. Radioterapija gali būti panaudojama ir simptomams, kuriuos sukelia gerklų vėžio metastazės, išsivysčiusios kituose organuose, palengvinti.

Kaip radioterapija atliekama

Radioterapija – vėžio gydymas panaudojant didelės energijos jonizuojančiąją spinduliuotę. Radioterapijos metodu siekiama sunaikinti piktybinį naviką veikiant jį jonizuojančiais spinduliais, bet nepažeisti šalia naviko esančių sveikųjų audinių ir organų.

Sparti šiuolaikinės radioterapijai skirtos įrangos kūrimo pažanga, modernios kūno vaizdinimo technologijos (KT, MRT), trimatės spindulinės terapijos kompiuterinio planavimo sistemos leidžia daug tiksliau nustatyti naviko lokalizaciją, jo dydį, formą, išplitimą, saugotinų

nuo apšvitos gretimų sveikų organų padėti ir tiksliau suplanuoti bei taikyti spindulinį gydymą, realizuoti dideles spindulių dozes navike ir nesužaloti aplinkinių sveikų audinių.

Dabar radioterapeutai plačiausiai naudoja remiantis moderniomis technologijomis sukurtą ypač tikslią spindulinės terapijos metodiką – trimatę *konforminę spindulinę terapiją*. Minėta moderni įranga ir modernios vaizdinimo technologijos leidžia numatytą navike realizuoti jonizuojančiosios spinduliuotės dozę paskirstyti prisitaikant prie jo tūrio formos, atkartojant jo pavidalą – navikas apšvitinamas reikiama spindulių doze, nepažeidžiant greta esančių audinių. Ši metodika naudojama nuo XX amžiaus devintojo dešimtmečio.

Dar tobulesnis šios metodikos variantas yra moduluojamo intensyvumo radioterapijos metodas (angl. *intensity modulated radiotherapy*; IMRT). Šis metodas leidžia realizuoti ir skirtingo dydžio spindulių dozę švitinamo audinių tūrio skirtingose zonose. Šis metodas taikomas ir Lietuvoje.

Gerklų vėžiui gydyti taip pat naudojama konforminės spindulinės terapijos metodika. Ji realizuojama taikant išorinę radioterapiją, t. y. tokį spindulinio gydymo būdą, kai jonizuojančiųjų spindulių pluoštas sklinda iš švitinimo aparato galvutės, nutolusios nuo švitinamos kūno srities paviršiaus tam tikru atstumu. Dabar tokie šiuolaikiniai išorinio švitinimo aparatai yra linijiniai greitintuvai. Radioterapiją rekomenduoja, planuoja ir taiko gydytojai onkologai radioterapeutai. Radioterapijos seansai pacientui atliekami kasdien nuo pirmadienio iki penktadienio ligoninės radioterapijos skyriuje stacionaro arba ambulatorinėmis sąlygomis. Dažniausiai vienos dienos spindulių dozę į švitinamą vietą yra 1,8–2 Gy (Grėjai), viso kurso – apie 70 Gy. Šeštadienį ir sekmadienį poilsis. Yra radioterapijos metodų, kai ji atliekama visomis savaitės dienomis arba per dieną atliekami 2 švitinimo seansai. Viso radioterapijos kurso trukmė – 3–7 savaitės.

Kai radioterapija taikoma palengvinti simptomus, kursas gali būti daug trumpesnis arba visa numatyta spindulių dozė gali būti realizuojama vienu kartu.

Taikant išorinę radioterapiją pacientas netampa radioaktyvus, todėl po seanso gali bendrauti su kitais žmonėmis.

Radioterapijos planavimas

Siekiant maksimalios gydymo sėkmės, parengiamas spindulinio gydymo planas. Gydytojas onkologas radioterapeutas, apžiūrėjęs pacientą, susipažinęs su jo ligos istorija, objektyvių tyrimų rezultatais, įvertinęs naviko dydį, ligos išplitimą (stadiją), numato spindulinio gydymo apimtį: ar bus švitinamas tik gerklų navikas ir ar jo esantys audiniai, ar ir kaklo limfmazgiai.

Spindulinis gydymas planuojamas taip, kad naviko ir jo pažeistų audinių tūris būtų apšvitintas pakankama vėži sunaikinti spindulių doze, o sveikieji gretimi audiniai ir organai gautų kuo mažesnes dozes ir išliktų nepažeisti, t. y. sudaromas trimatės konforminės radioterapijos planas, jei reikia – IMRT planas. Sudarant spindulinio gydymo planą dalyvauja ne tik gydytojas radioterapeutas, bet ir gydytojai radiologai, medicinos fizikai, klinikiniai radiobiologai, t. y. visa spindulinio gydymo planavimo grupė.

Pirmiausia atliekama planuojamos apšvitinti kaklo srities kompiuterinė tomografija (KT). Gautuose kaklo skersiniuose rentgeno vaizduose, kiekviename paeiliui, radioterapeutas pažymi norimą apšvitinti audinių apimtį: naviką, artimiausius audinius, limfmazgius. Medicinos fizikai, panaudodami trimatės spindulinės terapijos kompiuterinio planavimo sistemas, parenka atitinkamą švitinimo laukų skaičių (jų gali būti 2, 3, 4 ir daugiau), jų dydį, apskaičiuoja kiekvieno lauko spindulių pluošto kritimo kampą į naviką, spindulių dozę, švitinimo laiką taip, kad

visas naviko tūris būtų apšvitintas reikiama spindulių doze tolygiai iš visų pusių, o sveiki šalia esantys organai nenukentėtų ar nukentėtų minimaliai.

Spindulinio gydymo planas su visais jo parametrais išspausdinamas popieriuje, juo kaskart, atlikdami švitinimo seansą, vadovaujasi radioterapeutas ir jam talkininkaujantis radiologijos technologas.

Labai svarbu, kad švitinant kiekvieną kartą spindulių pluoštas kristų vis į tą pačią reikiamą apšvitinti kūno vietą, “nepraeitų pro šalį”. Todėl atliekant KT gydymui suplanuoti ir vėliau atliekant švitinimo seansus, paciento galvos ir kaklo padėtis kaskart turi būti tokia pati. Reikia, kad pacientas KT ir švitinimo seanso metu gulėtų ramiai (išorinė radioterapija taikoma pacientui gulint), kad kiekvieną kartą jo galva būtų tokioje pačioje padėtyje kaip ir anksčiau. Todėl, taikant galvos srities organų navikų, o šiuo atveju gerklų radioterapiją, atliekant KT prieš gydymo planavimą ir kiekvieną gydymo seansą po galva padedamas specialus galvos laikiklis, turintis atitinkančią paciento galvos apimtį įdubą. Kad pacientas visai negalėtų pakeisti galvos padėties, gaminamos specialios individualios kaukės, kurios kiekvieną kartą prieš seansą uždedamos ant paciento veido ir prisegamos prie galvos laikiklio. Šitai pasiekama stabili ir visuomet vienoda galvos padėtis. Kaukei parengti naudojamas specialios sintetinės medžiagos tinklelis, kuris šiltame vandenyje tampa visiškai minkštas ir lankstus kaip šiltas vaškas. Toks šilto vandens suminkštintas tinklelis užskleidžiamas ant paciento veido ir kaklo, glaudžiai prispaudžiamas prie jo ir prisegamas prie galvos laikiklio. Po kelių minučių atvėsęs tinklelis sustingsta, jo forma atkartoja paciento veido ir galvos formą. Naudojant tokią kaukę, visi reikalingi žymėjimai atliekami ne ant odos, o ant kaukės. Ši kaukė po švitinimo seanso nuimama, kitą dieną vėl uždedama.

Pasirengimas švitinimui gali užtrukti keletą dienų. Visą parengus, galima pradėti radioterapiją. Radioterapeutas kartu su radiologijos technologu pagelbsti pacientui patogiai atsigulti ant švitinimo stalo, po galva padeda galvos laikiklį ir uždeda individualią paciento kaukę. Seanso metu pacientas švitinimo kambaryje paliekamas vienas. Jonizuojančiajai spinduliuotei veikiant žmogaus kūną, nieko nejaučiama. Paprasčiausiai reikia tik kelias minutes ramiai pagulėti. Kaip minėta, navikas turi būti apšvitinamas iš visų pusių tolygiai. Todėl aparato galvutė kartkartėmis, priklausomai nuo to, kiek švitinimo laukų suplanuota, keis savo padėtį ir judės aplink paciento galvą. Apie tai gydytojas būtinai perspėja iš anksto, kad pacientas be reikalo neišsigąstų. Visa, kas vyksta švitinimo patalpoje, gydytojas mato gretimame kambaryje televizoriaus ekrane ir net gali pasikalbėti su pacientu.

Šalutiniai radioterapijos poveikiai

Šalutiniai radioterapijos poveikiai yra susiję su jonizuojančiosios spinduliuotės dozės dydžiu bei gydymo trukme. Nemažą įtaką šalutinių poveikių pasireiškimo stiprumui turi ir bendroji paciento sveikatos būklė. Šalutiniai poveikiai būna stipriausi, kai radioterapija taikoma kartu su chemoterapija.

Šalutiniai poveikiai pradeda reikštis ne iš karto, o praėjus maždaug dviem savaitėms nuo gydymo pradžios. Jie tęsiasi dar 7–10 dienų užbaigus gydymą, paskui silpnėja ir laipsniškai išnyksta.

Apie galimus šalutinius poveikius pacientą informuoja jį gydantis onkologas radioterapeutas. Pacientas, pajutęs šiuos poveikius, turi informuoti savo gydytoją – jis duos reikiamų patarimų, išrašys reikiamų vaistų šalutiniams poveikiams sumažinti.

Nuovargis

Radioterapijos metu, ypač gydymui einant į pabaigą, neretai jaučiamas bendras organizmo nuovargis.

Rekomenduojama reguliariai ilsėtis, įskaitant ir lengvą fizinę veiklą, tokią kaip pasivaikščiojimas.

Odos pokyčiai

Jau kalbėta, kad atliekant išorinę radioterapiją spindulių pluoštas sklinda iš spindulių šaltinio, esančio švitinimo aparato galvutėje, tam tikru atstumu nutolusioje nuo švitinamos srities kūno paviršiaus. Vadinas, prieš pasiekdami gerklas spinduliai kerta kaklo odą, poodį ir kitus audinius, juos apšvitindami. Kaklo oda, veikiamą jonizuojančiosios spinduliuotės, nuo antros trečios gydymo savaitės gali pradėti rausti, sausėti, pleiskanoti, tapti jautresnė liečiant, niežėti. Pastebėta, kad šviesiaplaukių, šviesios strazdanotos odos pacientų spindulinės odos reakcijos išsivysto anksčiau ir būna stipresnės, primena odos nudegimą saulėje, kitaip nei tamsiaplaukių, juodbruvių žmonių. Tamsesnės odos žmonėms kaklo oda švitinio metu patamsėja dar labiau, įgauna net melsvą atspalvį.

Spindulinės odos reakcijos nurimsta ir laipsniškai praeina per 4 savaites, kai gydymas pabaigiamas.

Kad oda į spindulius reaguotų švelniau, nuo pirmos spindulinio gydymo dienos reikia vengti dirginti švitinamos srities kaklo odą: nesikaitinti saulėje, nedėti karštų ar šaltų kompresų ant jo, nesiprausti karštu ar šaltu vandeniu, netepti odos švitintoje vietoje losjonais, kvepalais, neklijuoti pleistro, netrinti rankšluosčiu, nekasyti, neįdrėksti ar kaip kitaip nepažeisti. Rekomenduojama dėvėti medvilninius drabužius su laisva medvilnine apykakle, lauke, saulėje, vėjuje kaklą pridengti užsirišant medvilninę skarelę ar šaliką. Po radioterapijos tokiu būdu kaklo odą nuo saulės rekomenduojama saugoti mažiausiai metus. Ir po to kaklo oda lieka jautresnė saulei, ją apsaugoti reikia naudojant apsauginį kremą, turintį saulės apsaugos faktorių (SAF) 30 ir aukštesnį.

Vyrai spindulinės terapijos metu neturėtų skusti kaklo, nebent tik skutimosi mašinėle.

Dėl spindulinio gydymo atsiradus odos pakitimų, pacientas neturi nepasitaręs su gydytoju tepti odos kremais ar tepalais, nes jie gali sukelti alergines odos reakcijas ir taip pasunkinti padėtį. Geriausiai dėl odos problemų pasikalbėti su gydančiu radioterapeutu, kuris paskirs tinkamą tepalą ir išrašys receptą.

Skausmingas rijimas

Užpakalinės burnos dalies, gerklaryklės gleivinė radioterapijos metu gali būti paveikta uždegimo, kurį sukelia jonizuojančioji spinduliuotė. Tuomet tampa sunku, skausminga nuryti. Kad šie šalutiniai poveikiai būtų kuo mažiau intensyvūs, nuo pirmos spindulinio gydymo dienos pacientas turi rūpintis savo burnos švara: po kiekvieno valgio burną ir gerklaryklę reikia išskalauti virintu atvėsintu vandeniu, švelnia ramunėlių arbata, švelniu geriamosios sodos skiediniu ar kita švelnia skalavimo priemone, kurią rekomenduoja radioterapeutas.

Kol vyksta gydymas ir kol šie šalutiniai poveikiai praeina jį baigus, visiškai negalima valgyti karšto, šalto, aštraus maisto, vartoti alkoholio, rūkyti – visa tai labai dirgina pažeistą gleivinę, sustiprina jos uždegimą, apsunkina gijimą. Gleivinė sugyja po 2–3 savaičių baigus radioterapiją. Jei laikomasi visų rekomendacijų, gleivinė gyja lengviau ir greičiau.

Kai nuryti tampa sunku ir skausminga, pacientai patys ima vengti valgyti, kramtyti maistą. Tačiau nevalgyti negalima: kad spindulinio gydymo metu pažeista gleivinė sugygtų, sugrįžtų

jėgos, organizmui būtina gauti pakankamai visų reikalingų medžiagų, t. y. būtina visavertė mityba. Kol gleivinė pažeista, reikia stengtis valgyti minkštą, skystą, kaloringą maistą. Tai gali būti įvairių kruopų skysčiai nei visada išvirtos košės, sumalta, pertrinta virta mėsa, įvairios sriubos, vaikiškas maistas, grietinė ir pan. Būtina vartoti pakankamai skysčių: pieno, šiltos arbatos, skiestų sulčių ir kt. Pacientą gali pakonsultuoti gydytojas dietologas ir rekomenduoti tinkamą mitybą. Jei vis dėlto gleivinė tampa labai jautri ir skausminga, gydytojas radioterapeutas paskiria skystų nuskausminamųjų vaistų jai skalauti.

Jei gydysiantys gydytojai numato, kad radioterapiją pacientas pakels sunkiai, negalės tinkamai maitintis, kaip minėta, jam dar prieš gydymą gali būti suformuota gastrostoma.

Sausa, džiūstanti burna

Taikant radioterapiją dėl gerklų vėžio gali būti paveiktos seilių liaukos, tada jos gamina mažiau seilių – burna tampa sausesnė, džiūsta. Tai trukdo kalbėti ir valgyti. Po gydymo sausumas praeina per kelis mėnesius, bet gali užtrukti ilgiau, retais atvejais likti visam laikui. Jei burna džiūsta, rekomenduojama gerti daugiau skysčių, naktį prie lovos po ranka turėti puodelį vandens, kad galima būtų drėkinti burną, kai prireiks. Kvėpuoti reikėtų tik per nosį, taip burna džiūsta mažiau. Nuolatinis kramtymas skatina seilių gamybą, todėl rekomenduojama nuolat kramtyti kramtomąją gumą.

Seilės palaiko burnos švarą. Jei jų mažai, svarbu dantis valyti minkštu šepetėliu du kartus per dieną ir nuolat skalauti burną vandeniu. Kad burna būtų drėgesnė, reikia daug kartų mažais gurkšneliais gerti vandens. Gydytojas gali išrašyti dirbtinių tepamų ar purškiamų seilių receptą. Jos padeda palaikyti drėgmę burnoje.

Tirštos, klampios gleivės

Gerklų spindulinės terapijos metu burnoje gali kauptis klampios gleivės – paranku nuolat turėti vienkartinį nosinaičių ir į jas išspjauti gleives. Dažnas burnos skalavimas padeda geriau išvalyti iš burnos gleives.

Balso pokyčiai

Iki gydymo prikimęs ar užkimęs balsas radioterapijos metu gali dar labiau užkimti. Reikia stengtis nevalginti balso, nerūkyti, nebūti prirūkytose vietose. Balsas laipsniškai gerėja ir tampa aiškesnis, kai radioterapija pabaigiama.

Skonio pokyčiai

Dauguma pacientų dėl gerklų radioterapijos kuriam laikui praranda skonio pojūtį arba jiems atrodo, kad skirtingo maisto skonis vienodas. Sutrikus skonio jutimui, maistas turi būti atsargiai gardinamas druska ar prieskoniais. Skonio jutimas vėl sugrįžta praėjus keliems mėnesiams baigus radioterapiją.

Kvėpavimo problemos

Dėl gerklų radioterapijos gali pabrinkti švitinamos srities audiniai. Labai retai, bet gali tapti sunku kvėpuoti. Dėl to reikia tuoj pat kreiptis į gydantį gydytoją. Kartais, siekiant išvengti dusimo, gali tekti atlikti laikinąją tracheostomiją.

Chemoterapija

Chemoterapija – tai gydymas vaistais nuo vėžio.

Chemoterapija atliekama ciklais. Tarp ciklų būna dviejų ar trijų savaičių trukmės poilsio periodas, kai organizmas atsigauna nuo chemoterapijos šalutinių poveikių.

Chemoterapija smarkiausiai pažeidžia vėžio ląsteles, sukeldama jų žūtį, bet mažesniu laipsniu pažeidžia ir sveikas ląsteles – dėl to pasireiškia didesnio ar mažesnio intensyvumo šalutiniai poveikiai, kurie laipsniškai praeina pabaigus gydymą. Kadangi chemoterapijai skirti vaistai veikia ląstelės dauginimosi procesą, chemoterapijos poveikiui labiausiai jautrūs tie organizmo sveikieji audiniai, kurių ląstelės dalijasi greičiausiai – tai kaulų čiulpai, virškinamojo trakto gleivinė, burnos gleivinė, plaukų folikulai.

Tačiau gali būti pažeidžiamos ir kitų organų, tokių kaip širdies, plaučių, šlapimo pūslės, inkstų, nervų sistemos, ląstelės.

Skirtingi chemoterapijai taikomi vaistai sukelia skirtingus šalutinius poveikius. Todėl, kokie šalutiniai poveikiai galėtų pasireikšti konkrečiam pacientui, priklausys nuo taikomos chemoterapijos vaistų derinio bei vaistų dozės. Šalutinių poveikų intensyvumas labai susijęs su paciento bendrąja sveikatos būkle.

Gerklų vėžio chemoterapijai naudojami vaistai sulašinami į veną. Paprastai chemoterapija atliekama ligoninėje arba dienos stacionare gydytojams prižiūrint.

Gerklų vėžio chemoterapijai atlikti taikomi platinos junginiai, taksanai, pirimidino analogai. Gali būti naudojamas kelių vaistų derinys ar pasirenkamas vienas vaistas. Tai sprendžia gydytojas.

Gerklų vėžio atveju chemoterapija gali būti taikoma:

- Tuo pačiu metu drauge su radioterapija – chemospindulinis gydymas.
- Prieš radioterapiją, siekiant sumažinti naviko apimtį ir sudaryti sąlygas, kad spindulinis gydymas būtų efektyvesnis.
- Siekiant paliatyvių tikslų – palengvinti ligos eigą ir simptomus.

Gerklų vėžiui taikomos chemoterapijos šalutiniai poveikiai:

Sumažėjęs atsparumas infekcijoms. Chemoterapija slopina kaulų čiulpus, kraujyje sumažėja baltųjų kraujo kūnelių leukocitų. Dėl to kyla infekcijos pavojus. Būtina nedelsiant kreiptis į gydytoją, jei:

- Kūno temperatūra pakyla daugiau kaip iki 38°C.
- Jei staiga pablogėja savijauta, nors temperatūra ir normali.

Šiais atvejais reikia atlikti kraujo tyrimą. Kartais, jei kraujo rodikliai žemi, chemoterapiją tenka laikinai nutraukti.

Mėlynės kūno paviršiuje, kraujavimas. Kraujo forminiai elementai trombocitai dalyvauja kraujo krešėjime. Kai chemoterapija nuslopina kaulų čiulpus, kraujyje sumažėja ir šių forminių elementų, todėl kraujo krešėjimas sulėtėja – kūno paviršiuje savaime randasi mėlynės, ilgai kraujuoja iš menkų odos įdrėskimų ar įbrėžimų, iš dantenu ir nosies, pasirodo tamsios išmatos ar rausvas šlapimas. Tokiais atvejais negalima savarankiškai, nepasitarus su gydytoju vartoti aspiriną, vaistus nuo skausmo, nesteroidinius vaistus nuo uždegimo ir kitus nereceptinius vaistus, nes tai gali pabloginti situaciją. Būtina pasisakyti gydytojui, jei atsiranda šių simptomų.

Mažakraujystė (anemija). Chemoterapija, slopindama kaulų čiulpus, sukelia mažakraujystę. Mažakraujystė, kitaip anemija – raudonųjų kraujo kūnelių eritrocitų sumažėjimas kraujyje, pasireiškia sumažėjusiu hemoglobino kiekiu kraujyje, nustatomu atliekant kraujo tyrimą. Eritrocituose esantis hemoglobinas perneša deguonį iš plaučių į kūno audinius. Kai eritrocitų ir hemoglobino trūksta, kūno audiniai stokoja deguonies. Dėl to, priklausomai nuo anemijos laipsnio, pasireiškia didesnis ar mažesnis nuovargis, silpnumas, energijos trūkumas, galvos svaigimas, odos blyškumas, dusulys. Gydytojas rekomenduoja anemijos gydymą, kartais pacientui tenka atlikti kraujo transfuziją, po jos pacientas pasijaučia daug geriau.

Pykinimas, vėmimas. Chemoterapija gali sukelti šleikštulį, pykinimą ir net vėmimą. Esant šiems šalutiniams poveikiams pacientui paskiriami vaistai nuo pykinimo – antiemetikai.

Viduriavimas. Kai kurie chemoterapijos vaistai pažeidžia virškinamojo trakto sienelės gleivinę sukeldami viduriavimą, prasidedantį dažniausiai pirmomis dienomis po chemoterapijos. Apie prasidėjusį viduriavimą reikia informuoti gydytoją, nelaukiant, kol šis šalutinis poveikis įsisiūbuos. Gydytojas išrašys vaistų nuo viduriavimo, rekomenduos dietą.

Burnos gleivinės skausmingumas ir išopėjimas. Atliekant chemoterapiją kai kurie vaistai sukelia burnos gleivinės jautrumą, skausmingumą, atsiranda smulkių skausmingų opelių. Chemoterapinio gydymo metu būtina burnos priežiūra, nuolatiniai jos skalavimai. Išsivysčius opoms, skiriami vaistai joms gydyti.

Blogas apetitas. Chemoterapijos metu sumažėja noras valgyti arba apetitas visai prarandamas. Tuo laikotarpiu svarbu parinkti švelnų, lengvą maistą ar vartoti specialius maitinamuosius gėrimus. Jei dėl apetito praradimo netenkama daug kūno svorio, vystosi išsekimas, skiriamas specialus medikamentinis gydymas.

Skonio pokyčiai. Chemoterapija gali sutrikdyti skonio jutimą – įprastinis skanus maistas gali atrodyti per sūrus, kartus, su metalo prieskoniu ar visai be skonio. Patariama gaminant maistą dėti į jį daugiau prieskonių ir prieskoninių žolelių, maistą pamarinuoti ar valgyti jį su kvapniais padažais, Maistas turėtų būti vėsus ar šaltas, nes toks jis gali atrodyti skanesnis. Paprastai baigus chemoterapiją skonio sutrikimas praeina.

Plaukų nuslinkimas. Tai dažnas chemoterapijos šalutinis poveikis. Baigus gydymą, plaukai per 3–6 mėnesius atauga. Kol galva plika, galima dėvėti peruką, galvą aprišti skarele ar dėvėti kepurę.

Poveikis inkstams ir šlapimo pūslei. Kai kurie chemoterapijos vaistai gali paveikti inkstus bei šlapimo pūslę. Dėl to gali atsirasti skausmingas, deginantis, dažnas šlapinimasis, pasirodyti kraujingas šlapimas, atsirasti karščiavimas. Priklausomai nuo vaistų, pasikeičia šlapimo spalva, ji gali tapti ryškiai oranžine, raudona, žalia, tamsiai geltona, šlapimas įgauna vaistų kvapą.

Jei pacientas gauna chemoterapiją, kuri gali paveikti inkstus ir šlapimo pūslę, prieš kiekvieną chemoterapijos ciklą būtina atlikti kraujo tyrimai įvertinti inkstų veiklą. Prieš ir po vaistų sulašinimo atliekamos papildomos skysčių infuzijos į veną.

Pacientas turi gerti daugiau skysčių, kad inkstai filtruotų didesnius jo kiekius, kurie plautų šlapimo išskyrimo sistemą ir ji nukentėtų kuo mažiau. Nerekomenduojama gerti kavos, stiprios arbatos, kolos.

Nervų pažeidimai. Kai kurie chemoterapijos vaistai pažeidžia rankų ir kojų nervus – jaučiamas kojų ir rankų dilgčiojimas, badymas arba jų tirpimas, silpnumas. Tai vadinama *periferine neuropatija*. Ji nėra atskira savarankiška liga, jos išsivystymą sąlygoja įvairūs veiksniai,

pažeidžiantys periferinius nervus. Vienas iš jų – chemoterapija. Gydytojas chemoterapeutas visada įspėja pacientą apie tai, ar jam taikoma chemoterapija gali sukelti periferinę neuropatiją.

Nagų pokyčiai. Pasikeičia rankų ir kojų nagų spalva. Kartais nagai gali nusilupti. Pabaigus gydymą atauga normalios spalvos nagai.

Taikinių terapija

Vėžio taikinių terapija – tai specifinių vėžio ląstelių molekulinį baltyminių darinių (taikinių), būtinų navikui vystytis, augti ir plisti, blokavimas panaudojant specialius tam sukurtus vaistus. Mokslininkai tuos specifinius vėžio ląstelių darinius, kuriuos siekia paveikti, vadina taikiniiais, todėl šis gydymas vadinamas vėžio taikinių terapija. Taikinių pavyzdžiu gali būti vėžio ląstelės paviršiuje ar jos aplinkoje esančios baltymų struktūros, tokios kaip epidermio augimo faktoriaus receptoriai (angl. *Epidermal growth factor receptor*; EGFR). Šie receptoriai, priimdami atitinkamus organizmo signalus, perduoda juos ląstelei ir skatina ją intensyviai daugintis. Kadangi vėžio ląstelės šių receptorių turi nepalyginamai daugiau nei sveikos, tai ir signalų daugintis jos gauna daug daugiau – navikas didėja, plinta į kitas organizmo sritis. Taikinių terapijai taikomi vaistai, vadinamieji monokloniniai antikūnai, „užrakina“ šiuos EGFR receptorius, tokiu būdu blokuoja signalų perdavimą vėžio ląstelėms, jos nustoja daugintis ir augti.

Šios grupės taikinių terapijos vaistai naudojami gydyti ir sergantiesiems gerklų vėžiu, kai piktybinis procesas vietiskai išplitęs. Paprastai gerklų vėžio taikinių terapija taikoma drauge su chemoterapija arba su radioterapija.

Klinikiniai tyrimai

Naujų gerklų vėžio gydymo būdų paieška vyksta nuolat. Jei parengtiniai tyrimai rodo, kad naujas gydymo būdas (sakysim, naujas vaistas nuo vėžio, biologinei terapijai skirtas vaistas) gali būti efektyvesnis nei jau žinomas, standartinis, klinikiniai tyrimai atliekami naujam gydymui palyginti su esamu. Tai vadinama kontroliniu klinikiniu tyrimu ir tai yra vienintelis kelias moksliskai patikrinti naują gydymo būdą. Tokiu būdu į klinikinę vėžio praktiką ateina vis daugiau naujų vaistų bei gydymo metodikų, leidžiančių ligą išgydyti, ilgiau kontroliuoti sergančiųjų ligos eigą, pailginti gyvenimo trukmę, užtikrinti gyvenimo kokybę.

Kad naujas ir senas gydymo būdai būtų palyginti tiksliau, tai, kuriuo metodu bus gydomas pacientas, lemia atsitiktinė pacientų atranka, atliekama kompiuterio, o ne gydantis gydytojas. Įrodyta, kad jei gydymą parinks gydytojas ar pats pacientas, tai bus daroma nesąmoninga įtaka tyrimo rezultatams. Kai pacientai suskirstomi aprašytu būdu, tyrimai vadinami atsitiktinių imčių tyrimais. Atsitiktinių imčių kontroliuojamuose tyrimuose pusė pacientų gauna standartinį gydymą, kita pusė – naująjį gydymą, kuris gali pasirodyti esąs geresnis už standartinį arba ne. Gydymas laikomas efektyvesniu, jei efektyviau veikia prieš naviką, o jei abiejų būdų priešnavikinis efektyvumas vienodas, tai pranašesnis tas, kuris sukelia mažiau šalutinių efektų.

Prieš įtraukdamas pacientą į klinikinį tyrimą, gydytojas turi turėti jo sutikimą. Pacientas apsisprendžia jam paaiškinus, kas tirama, kodėl atliekamas tyrimas, kodėl pacientas pakviestas jame dalyvauti. Net ir sutikęs dalyvauti tyrime, pacientas visada gali atšaukti savo sprendimą bet kuriuo metu, jei jo nuomonė pasikeitė. Nusprendęs nebedalyvauti tyrime, jis gaus standartinį gydymą. Jei pacientas pasirinko dalyvauti tyrime ir jei pakliuvo į pacientų grupę, gaunančią gydymą naujuoju vaistu, jam paaiškinama, kad naujasis vaistas jau rūpestingai iširtas parengtiniuose tyrimuose prieš galutinai iširtiant jį kontroliuojamuose klinikiniuose tyrimuose. Galbūt

pasirodys, kad klinikinis tyrimas leido pacientui gauti gydymą, kuris efektyvesnis už įprastinį. Dalyvaujantys klinikinčiuose tyrimuose pacientai padeda žengti į priekį onkologijos mokslui, tai gali pagerinti ne tik jų, bet ir kitų pacientų gydymo rezultatus ateityje.

Daugeliui šiuolaikinių mokslinių tyrimų reikia pacientų kraujo, kaulų čiulpu, audinių biopsijos medžiagos. Tyrėjai turi gauti paciento sutikimą naudotis šia medžiaga moksliniams tyrimams atlikti. Kai kurie mėginiai gali būti užšaldyti ir mokslo tikslams panaudoti vėliau, kai tam bus reikiamos sąlygos. Moksliniai tyrimai kartais užtrunka gana ilgai. Tada tyrimų rezultatai paskelbiami gerokai vėliau, apie juos pacientas gali ir nesužinoti, tačiau kitiems sergantiesiems moksliniai atradimai gali būti labai naudingi.

Sergančiųjų jausmai

Dauguma žmonių sužinoję apie vėžio ligą jaučiasi sugniuždyti. Tuo metu kyla daugybė įvairių emocijų, kurios sąlygoja dažną nuotaikų kaitą, dėl to žmogus jaučiasi sutrikęs. Pacientai nebūtinai turi išgyventi visus toliau aprašomus jausmus ir nebūtinai tai turi nutikti nurodyta tvarka. Šiaip ar taip, išgyvenami jausmai nereiškia, jog pacientas nesugeba susidoroti su savo liga. Kiekvieno žmogaus reakcija į ligą skirtinga, nes nėra nei teisingo, nei klaidingo būdo jaustis. Tos emocijos yra proceso, kurį išgyvena žmogus, dalis. Tai bandydamas susitaikyti su savo liga. Sergančiųjų partneriai, šeimos nariai ir draugai dažnai patiria panašių jausmų, todėl ir jiems reikia paramos bei pagalbos tai įveikti. Jeigu savarankiškai su užgriuvusia neganda susitvarkyti nepavyksta, galima kreiptis į Psichikos sveikatos centrą – tai Pirminės sveikatos priežiūros įstaigos (poliklinikos) padalinys, kuriame dirba psichologai ir psichoterapeutai.

Sukrėtimas (šokas) ir netikėjimas

„Negaliu tuo patikėti. Tai negali būti tiesa.“

Dažniausiai tokia būna pirmoji paciento reakcija, kai jis sužino apie vėžį. Žmogus gali būti išsigandęs, sukrestas, netikėti tuo, kas vyksta. Galima pastebėti, jog jam sunku susikaupti ir atsiminti informaciją, todėl jis iš naujo užduoda vis tuos pačius klausimus. Tai yra įprasta reakcija į šoką. Kai kuriems žmonėms dėl netikėjimo sunku kalbėtis apie diagnozę su šeimos nariais ir draugais. Tai apsunkina jų bendravimą. Kiti kaip tik jaučia poreikį apie ligą išsikalbėti, taip jie tarsi patys sau padeda suvokti nemalonias naujienas. Šioje situacijoje artimiesiems svarbu suprasti juos supančių žmonių jausmus ir pasistengti padėti.

Baimė ir nežinomybė

„Ar aš mirsiu? Ar man skaudės?“

„Vėžys“ – gąsdinantis žodis. Sužinojus apie ligą, susirgusiajam dažniausia kyla mintis: „Aš einu į mirtį.“

Gerai gerklų vėžio gydymo rezultatai pasiekiami esant ankstyvos stadijos vėžiui. Tačiau net jeigu konkrečiu atveju liga pažengusi, šiuolaikiniai gydymo būdai leidžia kontroliuoti ligos eigą, simptomus, ženkliai pagerinti gyvenimo kokybę bei trukmę.

Kitas pacientams labai svarbus klausimas: „Ar man skaudės? Ar skausmas bus nepakeliamas?“ Šiuolaikiniai skausmo gydymo būdai sėkmingai numalšina skausmą ir leidžia pacientui pačiam jį kontroliuoti.

Daug pacientų nerimauja dėl jiems paskirto gydymo: koks jis bus, kaip veiks ir kaip susidoroti su galimais šalutiniais efektais. Geriausiai gydymą smulkiai aptarti su gydančiu gydytoju. Patartina sudaryti rūpimų klausimų sąrašą ir nebijoti paprašyti gydytojo pakartoti

atsakymą ar paaiškinti tai, kas liko nesuprasta. Kai kurie žmonės bijo pačios liginės. Jos ypač bijoma, jei tai pirmoji gulėjimo liginėje patirtis. Vis dėlto geriausiai apie tai pasikalbėti su gydytoju ar slaugytoja, jie mokės nuraminti.

Kartais pacientai gali pastebėti, jog gydytojas nevisiškai atsako į jų klausimus arba iš viso negali atsakyti. Deja, dažnai neįmanoma tiksliai pasakyti, ar navikas visiškai pašalintas. Gydytojai iš patirties maždaug žino, kaip žmonėms padeda tam tikras gydymas, bet neįmanoma tiksliai prognozuoti konkretaus paciento ateities. Daugeliui žmonių be galo sunku gyventi nežinant, ar jis išgydytas, ar ne.

Nežinomybė ir netikrumas dėl ateities gali sukelti didžiulę įtampą, tačiau baimės ir įsivaizdavimai dažnai yra perdėti, baisėsi negu tikrovė. Susidomėjimas savo liga ir jos supratimas galėtų padėti nusiraminti. Nepagrįsto nerimo sukelta įtampa gali atlėgti apie tai pasikalbėjus su šeima ir draugais.

Neigimas

„Man viskas gerai, aš nesergu vėžiu.“

Kai kurie žmonės nenori nieko žinoti apie ligą ir kalba apie ją tik tiek, kiek yra būtina. Jiems tai geriausias būdas sėkmingai susidoroti su savo jausmais. Jei pacientas taip jaučiasi, jis turėtų tiesiog pasakyti aplinkiniams, jog būtų geriau apie ligą kurį laiką nekalbėti.

Tačiau kartais nutinka kitaip – paaiškėja, jog ne pacientas, o jo šeima ar draugai neigia ligą. Jie ignoruoja faktą, kad nustatytas vėžys, sumenkina nerimą ar ligos pasireiškimo simptomus, sąmoningai keičia pokalbio temą. Jei pacientą tai liūdina ar skaudina, jei reikalinga artimųjų parama, supratimas, jis turėtų pabandyti paaiškinti jiems, ką jaučia: kad žino, kas vyksta, ir kad labai padėtų, jei galėtų pasikalbėti su kuo nors apie savo ligą.

Pyktis

„Kodėl taip atsitiko būtent man? Kodėl būtent dabar?“

Pyktis gali slėpti kitus jausmus – baimę bei liūdesį. Pacientas pats to neįsąjaučdamas gali tą pyktį išlieti ant šalia esančių žmonių, gydytojų ar slaugytojų.

Visiškai suprantama, jog pacientas yra prislėgtas dėl daugelio dalykų, susijusių su liga, ir jis neturėtų jaustis kaltas dėl užplūdusių pyktų minčių ar irzlumo. Tačiau artimieji ir draugai ne visuomet suvokia, jog pyktis nukreiptas ne prieš juos, o prieš ligą. Todėl tikrai būtų naudinga, jei, atlėgus pykčiui, pacientas pajėgtų jiems tai paaiškinti, o jei tai per sunku, pabandytų jiems parodyti šį knygelės skyrių. Jeigu sunku kalbėtis apie ligą su draugais bei artimaisiais, galbūt galėtų padėti psichologas.

Kaltinimai ir kaltės jausmas

„Jei nebūčiau ... tai nebūtų niekada atsitikę.“

Kartais žmonės kaltina save ar kitus žmones dėl ligos, bandydami rasti paaiškinimą, kodėl taip nutiko būtent jiems. Mes dažnai jaučiamės geriau, žinodami tikslią tam tikro reiškinio priežastį. Bet kadangi gydytojai retai gali tiksliai pasakyti, kas sąlygojo konkretų vėžio atvejį, neverta kaltinti dėl ligos savęs.

Apmaudas

„Jums gerai, jums taip nenutiko.“

Suprantama, jog susirgęs žmogus jaučia apmaudą ir neviltį, nes būtent jis serga vėžiu, o ne kiti žmonės. Panašus jausmas dėl įvairių priežasčių gali kartotis kas tam tikrą laiko tarpą.

Artimieji taip pat kartais gali piktintis dėl paciento ligos sąlygojamų pasikeitimų jų gyvenime. Dažniausiai naudinga tuos jausmus išsakyti, apie juos pasikalbėti, nes užgniaužtas apmaudas tik sukelia pyktį ir kaltės jausmą.

Užsisklendimas

„Palikite mane ramybėje!”

Ligos ir gydymosi metu tikrai bus akimirku, kai susirgęs žmogus norės likti vienas su savo jausmais ir mintimis. Tai gali būti sunku artimiesiems ir draugams, kurie gali pasijusti tarsi atstumti. Jiems bus lengviau, jei ligonis patikins juos, jog nors šiuo metu neturi noro kalbėtis apie savo ligą, tai padarys, kai tik bus tam pasirengęs.

Depresija

Kartais susirgusiojo nenorą kalbėti gali sąlygoti depresija. Tai reikėtų aptarti su šeimos gydytoju, kuris pacientui gali paskirti antidepresantų arba pasiūsti jį konsultuoti specialistui.

Kam ir ką sakyti?

Kai kurioms šeimoms sunku kalbėtis apie vėžį ar savo jausmus. Pirmoji artimųjų reakcija dažniausiai būna: gydytojas neturėjo sergančiajam pasakyti jo diagnozės. Jie bijo, kad pacientas nesusidoros su tomis naujienomis, arba patiems artimiesiems yra sunku vien dėl to, kad sergantis žino tiesą. Jeigu sprendimas nesakyti tiesos jau priimtas, šeimai tenka slėpti ar/ir iškreipti tam tikrą informaciją. Šias paslaptis išlaikyti būna labai sunku, pacientas gali imti jaustis šeimoje lyg izoliuotas. Be to, paslaptys gąsdina ir sukelia įtampą tarp šeimos narių. Reikia nepamiršti, kad dauguma žmonių įtaria savo diagnozę, net jeigu niekas jiems jos nepasakė. Kur kas lengviau susidoroti su iškilusiomis problemomis, jei esate atviri ir sąžiningi vieni su kitais.

Nesvarbu, ar esate pacientas, ar jo artimasis, ieškokite optimistiškų draugų ar giminaičių, optimistinis požiūris į ligą visuomet naudingesnis nei pesimistinis.

Giminaičiai ir draugai galėtų padėti atidžiai išklaudydami, ką pacientas nori pasakyti. Jie neturėtų skubinti kalbėtis apie ligą. Dažnai pakanka vien klausytis ir leisti pacientui kalbėti, kai šis yra tam pasirengęs.

Kalbėjimasis su vaikais

Pacientui sudėtinga nuspręsti, ką būtent pasakoti vaikams apie savo ligą. Tai, kiek galima jiems pasakyti, priklauso nuo jų amžiaus. Labai maži vaikai dažnai domisi tik tuo metu vykstančiais dalykais. Jie nesupranta ligos, todėl reikalingas labai paprastas paaiškinimas, kodėl jų artimas žmogus nesijaučia gerai ir turi vykti į ligoninę. Kiek vyresni vaikai galbūt supras ligą, papasakojus istoriją apie geras ir blogas ląsteles. Tačiau bet kokio amžiaus vaikui būtina paaiškinti, jog artimas žmogus susirgo ne dėl jo kaltės, nes dažnai, nors to ir neparodydami, vaikai jaučiasi kalti. Dauguma vyresnių nei dešimties metų vaikų supranta net ir sudėtingus paaiškinimus.

Paaugliams gali būti ypač sudėtinga susitaikyti su atitinkama situacija, nes jie jaučiasi taip, lyg būtų vėl gražinami į šeimą, kai jau buvo bepradedą jaustis laisvi ir nepriklausomi.

Būtina įsiklausyti į vaiko baimes ir stebėti, ar nekinta jo elgesys, nes tai gali būti jo jausmų išraiška. Galbūt bus geriau, jeigu apie ligą vaikui bus papasakota po truputį didinant informacijos kiekį. Net labai maži vaikai jaučia, jeigu kas nors yra ne taip, todėl nelaikykite jų nežinioje. Jų baimės dažnai būna kur kas baisesnės nei realybė.