

Apie stemplės vėžį



Informacija pacientams



UI VILNIAUS UNIVERSITETO
ONKOLOGIJOS INSTITUTAS

VILNIAUS UNIVERSITETO ONKOLOGIJOS INSTITUTAS

Apie stemplės vėžį

Informacija pacientams

2012 VILNIUS

UDK 616.3-006
Ap36

Parengė

J. Tamošauskienė
A. Krasauskas

Redagavo

G. Pruskuvienė

© Vilniaus universiteto
Onkologijos institutas, 2012

ISBN 978-9986-784-87-6

Kas yra vėžys

Žmogaus organizmas sudarytas iš tūkstančių milijonų ląstelių. Ląstelės nuolat pasensta ir žūva, jas pakeičia naujos jaunos ląstelės. Sveikų ląstelių dauginimasis ir atsinaujinimas yra tvarkingas ir kontroliuojamas. Vaikystėje ląstelės dauginasi greičiau, todėl organizmas auga. Suaugusio žmogaus ląstelės dauginasi tik tam, kad jaunos ląstelės pakeistų jau atitarnavusias ar sužalotas.

Kai vieno ar kito organo ląstelėse dėl kokių nors priežasčių įvyksta tam tikrų pokyčių, jos ima “nebeklausyti” organizmo kontrolės. Tuomet prasideda nekontroliuojamas, neribotas jų dauginimasis, susiformuoja ląstelių sankaupa – navikas.

Navikai gali būti gerybiniai arba piktybiniai. Gerybiniai navikai didėja, bet neįauga, neįsiskverbia į gretimus audinius ir neplinta į kitus kūno organus. Didėdamas gerybinis navikas gali mechaniškai spausti aplinkinius organus ir tokiu būdu sukelti sveikatos sutrikimų.

Piktybinio naviko ląstelės geba įsiskverbti į šalimais esančius audinius ir organus, įaugti į juos, suardyti jų struktūrą, sutrikdyti jų veiklą. Kita “pikta” šių ląstelių savybė ta, kad jos, atitrūkusios nuo naviko, kraujo ar limfos keliu gali pasiekti kitose kūno dalyse esančius organus. Pasiekusios kitus organus, jos juose „prigyja“, ima daugintis. Taip atsiranda nauji vėžio židiniai, vadinami metastazėmis.

Sveika ląstelė tampa piktybine, kai pažeidžiama jos DNR (deoksiribonukleo rūgštis). DNR yra kiekvienos ląstelės branduolyje, ji vadovauja ląstelės veiklai. Sveika ląstelė arba ištaiso pažeistą DNR, arba žūva. Piktybinė ląstelė pažeidimų netaiso ir nemiršta, užuot tai dariusi ji nepalaujamai dalijasi – randasi vis daugiau piktybinių ląstelių.

Kai kurie žmonės paveldi pažeistą ląstelių DNR, bet dažniausiai DNR pažeidžiama kuriuo nors žmogaus gyvenimo periodu įvykus klaidai ląstelės dalijimosi metu ar veikiant nepalankiems aplinkos veiksniams. Kartais kai kurie aplinkos veiksniai būna akivaizdūs, pavyzdžiui, tabako rūkymas, o kartais lieka nežinomi.

Piktybinės ląstelės dažniausiai suformuoja navikus. Tačiau kai kuriais atvejais, tokiais kaip leukemijos (kraujo vėžys), piktybinės ląstelės cirkuliuoja po organizmą su krauju.

Nepaisant to, kur piktybinis navikas išplinta, jis visada vadinamas to organo, kuriame prasidėjo, vėžiu. Pavyzdžiui, krūties vėžys gali būti išplitęs į kepenis ar smegenis, bet vis tiek jis yra krūties, o ne kepenų ar smegenų vėžys.

Paprastai piktybinius navikus kasdienybėje vadiname vėžiu, tačiau iš tiesų vėžys yra tas piktybinis navikas, kuris išsivysto iš epitelinio audinio ląstelių. Epitelinis audinys sudaro odos, visų kūno gleivinių paviršinių sluoksnių, o gleivinės dengia virškinamojo trakto (stemplė yra virškinamojo trakto dalis), kvėpavimo, lyties, šlapimo takų vidinių paviršių. Kai sakoma plaučių, skrandžio, krūties vėžys, tai reiškia, kad šie piktybiniai navikai kilę iš bronchų, skrandžio, krūties latakėlių sienelės išsklojančio epitelio ląstelių.

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

Patikimiausiai naviko tipas nustatomas, kai naviko audinys ištiriamas mikroskopu. Tai atlieka gydytojai patologai. Naviko audinio gabalėlio paėmimas tyrimui vadinamas biopsija.

Stemplė

Stemplė yra viršutinė virškinamojo trakto dalis, jungianti ryklę su skrandžiu. Ji yra apie 25 cm ilgio ir apie 1,5 cm skersmens vamzdelio pavidalo organas, kuriuo nurytas maistas keliauja į skrandį. Ryjant skersinis stemplės matmuo gali prasidėti iki 3–3,5 cm. Stemplės sienelės susitraukimai padeda maistui slinkti žemyn – paprastai maisto porcija iš burnos į skrandį patenka per 2 sekundes.

Stemplė prasideda kaklo apatinėje dalyje, yra ryklės tęsinys. Ji eina vertikaliai žemyn per visą krūtinės ląstą iki diafragmos, kerta ją ir baigiasi jau pilvo ertmėje, pereidama į skrandį. Stemplė skirstoma į kaklinę, krūtininę ir pilvinę dalis. Kaklinė stemplės dalis yra kaklo srityje tarp trachėjos ir stuburo, 4–5 cm ilgio.

Iš kaklo srities stemplė pereina į krūtinės ląstą ir tarpuplaučiu tęsiasi iki diafragmos. Tai yra ilgiausia 15–18 cm stemplės dalis, vadinama krūtinine dalimi. Nuo diafragmos iki skrandžio eina trumpiausia stemplės dalis – pilvinė, 1–3 cm ilgio.

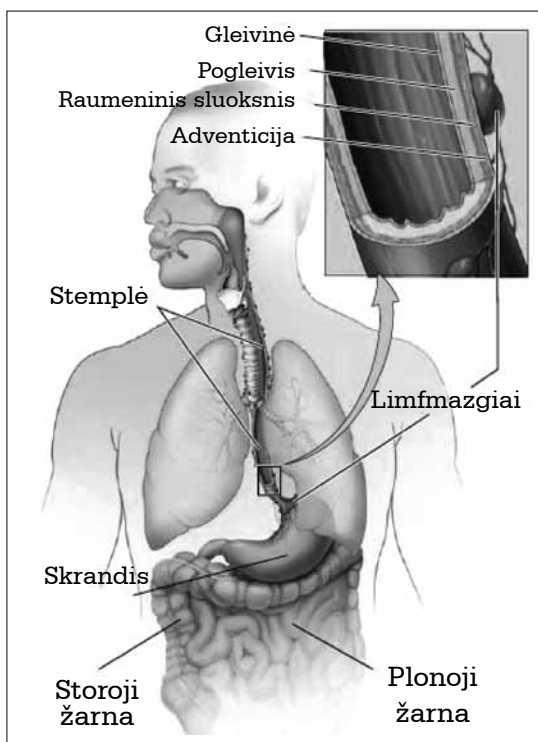
Suaugusio žmogaus stemplės sienelė būdama ramybės būsenos yra 3–4 mm storio. Stemplės sienelę sudaro 4 sluoksniai:

Gleivinė – vidinis sienelės sluoksnis, ją sudaro daugiasluoksnio plokščiojo neragėjančio epitelio ląstelės.

Pogleivis – jame gausu liaukų, gaminančių gleives.

Raumeninis sluoksnis – susitraukdami raumenys padeda maistui stemple slinkti į skrandį.

Adventicija – iš išorės stemplę supantis storas jungiamojo audinio dangalas. Pilvinės stemplės dalies išorinis dangalas vadinamas *seroza*.



Pav. 1. stemplė ir gretimi organai

Stemplės vėžio rūšys

Stemplės vėžys prasideda stemplės gleivinėje, skverbiasi gilyn į sienelę, įauga į ją, jei negydomas, išplinta už sienelės apimdamas aplinkinius audinius, pažeisdamas gretimus (tarpuplaučio) organus, limfos ir kraujo keliu išplinta į sritinius limfmazgius, kitus kūno organus – plaučius, kepenis, skrandį ar kitas kūno sritis.

Plokščialąstelinis vėžys išsivysto iš stemplės gleivinės plokščiojo epitelio ląstelių. Ši stemplės vėžio forma dažnesnė piktnaudžiaujantiems alkoholiu ir rūkymu.

Adenokarcinoma – liaukinis vėžys, išsivysto iš stemplės epitelinių ląstelių, gaminančių gleives. Ši forma pasitaiko vis dažniau tarp sergančiųjų stemplės vėžiu. Tai susiję su viršsvorį turinčių ar nutukusių žmonių skaičiaus didėjimu ir tuo pačiu žmonių, kuriuos vargina gastroezofaginis refliuksas, didėjimu.

Plokščialąstelinis vėžys dažnesnis kaklinėje ir krūtininėje stemplės dalyje, adenokarcinoma dažnesnė apatinėje dalyje ir stemplės jungtyje su skrandžiu.

Daugiau nei 95 % stemplės piktybinių navikų yra plokščialąsteliniai vėžiai arba adenokarcinomos. Abiejų tipų navikų gydymas panašus.

Pasitaiko kitų retų stemplės piktybinių navikų – leiomiomų, virškinimo trakto stromos navikų (angl. *gastrointestinal stromal tumors* – *GIST*), MALT limfomų.

Stemplės vėžio rizikos veiksniai

Lietuvoje kasmet nustatoma apie 200 naujų stemplės vėžio atvejų. Vyrai serga dažniau negu moterys. Svarbūs šie rizikos veiksniai:

Amžius – dažniau serga vyresni kaip 45–70 metų amžiaus žmonės.

Lytis – vyrai serga 3–4 kartus dažniau nei moterys.

Tabako rūkymas – kuo rūkymo trukmė ilgesnė, tuo stemplės vėžio, ypač plokščialąstelinio, rizika didesnė.

Alkoholis – kuo ilgesnė piktnaudžiavimo alkoholiu trukmė, o ypač kai drauge ir rūkoma, tuo didesnė stemplės vėžio, ypač plokščialąstelinio, rizika.

Mityba – mityba, skurdi vaisių ir daržovių, didina šios ligos riziką.

Nutukimas – nutukusių žmonių stemplės vėžio, labiau adenokarcinomos, rizika didesnė, nes jiems dažnesnis skrandžio refliuksas.

Achaliazija – dėl sutrikusios inervacijos stemplės raumenys ties įeiga į skrandį nebegali tinkamai atsipalaiduoti, maistas į skrandį slysta labai vangiai. Valgant ar geriant atsiranda skausmų. Achaliazija, nors ir labai retai, gali būti stemplės vėžio priežastimi.

Tylozė – t. y. genetinė liga, kuriai būdinga delnų odos hiperkeratozė ir stemplės papilomos. Ši liga paveldima. Ji labai reta, kartais gali būti ir stemplės vėžio priežastimi.

Bareto stemplė – tai tokie pokyčiai, kai stemplės apatinės dalies bei jungties su skrandžiu gleivinės normalios plokščiojo epitelio ląstelės, veikiant tam tikroms sąlygoms, pasikeičia cilindrinio tipo epitelium. Šis vieno tipo epitelio pasikeitimas kito tipo epitelium – stemplės gleivinės ikivėžinė būseną, t. y. įvykus šiam pasikeitimui ženkliai padidėja stemplės apatinės dalies ir skrandžio jungties su stemple vėžio rizika. Bareto stemplės išsivystymo priežastis – vadinamasis gastroezofaginis refliuksas (GERL), t. y. rūgštus skrandžio turinys nuolat atpilamas ir užlieja stemplę. Skrandžio gleivinė atspari rūgščioms skrandžio sultims, o stemplės ne. Nuolat vykstant gastroezofaginiam refliuksui stemplės gleivinė dirginama, joje vystosi uždegimas, juntamas deginimas, skausmas. Ilgainiui gleivinės epitelis pakinta.

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 ląstą išsiveržia viršutinė skrandžio dalis. Tai sudaro palankias sąlygas gastroezofaginemui refluiksui.

Dažniausi simptomai – nuolatinis arba beveik nuolatinis rėmuo ir blogas virškinimas. Retesni, bet galimi simptomai – pasunkėjęs maisto kasnio slinkimas stemple, pykinimas, vėmimas, kartais su kraujo priemaiša, skausmingas rijimas. Bareto stemplė gali nepasireikšti jokiais simptomais ir būti aptikta tiriant skrandį dėl kitų priežasčių.

Nustatant diagnozę atliekamas endoskopinis stemplės tyrimas – gydytojas stemplės gleivinę apžiūri iš vidaus panaudodamas specialų prietaisą ezofagogastroduodenoskopą.

Tyrimo metu atliekama pakitusios arba įtartinos srities gleivinės biopsija – atgnybiama audinio mikroskopiniam tyrimui atlikti.

Asmenys, kuriems nustatomi gleivinės pakitimai būdingi Bareto stemplei, turi būti nuolat stebimi, nes jie turi padidėjusią vėžio riziką – jiems tam tikrais laiko intervalais, priklausomai nuo pokyčių stemplėje intensyvumo, pakartotinai atliekami endoskopiniai tyrimai ir gleivinės biopsijos.

Svarbiausias gydymo tikslas esant Bareto stemplei – sumažinti gastroezofaginį refluiksą, kontroliuoti jo sukeliamus simptomus. Situacija gali pagerėti ir be gydymo – būtina atsikratyti antsvorio, mesti rūkyti, nustoti vartojus alkoholį. Miegant galva turi būti pakelta aukščiau. Gali būti paskiriami vartoti vaistai, mažinantys skrandžio rūgštingumą – protonų pompos inhibitoriai (PPI) ar histamino receptorių blokatoriai.

Atliekamos ir įvairios operacijos – stemplės apačioje esančio vožtuvo sutvirtinimas, kad skrandžio sultys negalėtų lengvai pakliūti į stemplę, pakitusios apatinės stemplės dalies pašalinimas, pakitusios gleivinės nušaldymas, paveikimas lazeriu ir kt.

Stemplės vėžio simptomai

Ankstyvos stadijos stemplės vėžys paprastai nepasireiškia jokiais simptomais, augant, didėjant navikui pasireiškia šie simptomai:

- Sutrikęs rijimas
- Skausmingas rijimas
- Kūno svorio kritimas
- Vėmimas ar regurgitacija (maisto išmetimas dar jam nepatekus į skrandį)
- Skausmas ar diskomfortas už krūtinkaulio ar nugaroje
- Nuolatinis rėmuo
- Kosulys
- Balso užkimimas – taip atsitinka, kai navikas užspaudžia balso stygų nervus arba dėl nuolatinio gastroezofaginio reflukso dirginamos balso stygos, išsivysto jų lėtinis uždegimas.

Diagnozės nustatymas

Nustatant stemplės vėžio diagnozę svarbiausi tyrimai yra viršutiniosios virškinamojo trakto dalies endoskopija, t. y. ezofagoskopija ir rentgeninis stemplės tyrimas panaudojant kontrastinę medžiagą – barį.

Ezofagoskopija

Tai stemplės sienelių apžiūra iš vidaus panaudojant ezofagogastroduodenofibroskopą. Tai plonas ilgas lankstus prietaisas. Vienne jo gale, kuris per burną įstumiamas į virškinamąjį traktą (stemplę, skrandį, dvylikapirštę žarną),

yra šviesos šaltinis, kitame – optinė stebėjimo sistema, per ją gydytojas apžiūri stemplę ar skrandį iš vidaus. Jei prietaise įmontuota videokamera, padidintas, geros kokybės vaizdas matomas ekrane. Jei aptinkamas navikas, atliekama jo *biopsija* – išpjauamas nedidelis naviko audinių gabaliukas iš-tirti mikroskopiškai. Yra šiuolaikiškų gastrofibroendoskopų, kuriuose įmontuotas ir ultragarso daviklis – galima atlikti ultragarsinį stemplės ir aplinkinių audinių tyrimą, patikslinti naviko pažeidimo gyli.

Kai aptiktasis stemplės navikas labai susiaurina stemplės spindį ir dėl to maistas negali ar beveik negali patekti į skrandį, gydytojas, siekdamas atkurti stemplės praeinamumą, ezofagoskopijos metu gali praplėsti susiaurėjusią vietą arba į susiaurėjusią vietą įstumti stentą. (žr. žemiau).

Rentgeninis tyrimas panaudojant barį

Pacientas nuryja košelės konsistencijos kreidą primenančios kontrastinės medžiagos – bario. Košelė apvelia stemplės sienelės, stemplė garai kontrastuoja tarp kitų krūtinės ląstos organų ir audinių ir gerai matoma rentgeno aparato ekrane. Gydytojas gali stebėti, kaip baris slenka stemple žemyn, kur sutinka kliūtį, t. y. naviko sąlygotą stemplės susiaurėjimą. Visa tai fiksuojama atliekant rentgeno nuotraukas. Kelias paras, kol baris bus visiškai pašalintas iš virškinamojo trakto, gali būti šviesios išmatos. Kartais baris sukelia vidurių užkietėjimą, tuomet gali tekti pavartoti vidurius laisvinančių vaistų.

Kompiuterinė tomografija (KT)

Aptikus stemplės naviką svarbu nustatyti, koks jo išplitimas – ar navikas įaugęs į stemplės sienelę, ar jau išplitęs už jos ribų į aplinkines sritis, ar yra naviko metastazių kituose organuose. Tai labai svarbu parenkant paciento gydymą. Ligos išplitimui, t. y. stadijai, nustatyti ar patikslinti naudojama KT. Tai šiuolaikiškas rentgeninio tyrimo metodas, atliekamas sudėtingais aparatais, vadinamais kompiuteriniais tomografais (KT). Prieš atliekant tyrimą mažiausiai 4 val. negalima valgyti.

Kad KT vaizduose geriau matytųsi stemplė, t. y. būtų didesnis kontrastas tarp įvairių organų, kas padėtų geriau įvertinti tikrąją situaciją, valandą prieš tyrimą į veną sušvirkščiama kontrastinės medžiagos ar duodama jos išgerti. Atliekama krūtinės ląstos ir pilvo, o jei reikia ir kitų sričių KT. Skersiniuose rentgeno vaizduose organai matomi taip, lyg krūtinė ar pilvas būtų skersai „supjaustyti“. Tik šiuo atveju „pjūvius“ atlieka rentgeno spindulių pluoštas. Kiekviename rentgeno vaizde matomi visi tame „pjūvyje“ esantys organai. Gydytojas, apžiūrėdamas ir įvertindamas visus vienas paskui kitą einančius vaizdus, tiksliai nustato, kur stemplėje yra navikas, kiek jis susijęs su aplinkiniais organais, ar yra metastazių tarpuplaučio limfmazgiuose, kepenyse, plaučiuose, t. y. ar liga išplitusi į kitus organus. Tyrimas neskausmingas, atliekamas pacientui gulint ant gulto. Ramiai išgulėti reikia 30–40 minučių. Po tyrimo pacientas gali eiti namo.

Branduolinio magnetinio rezonanso tomografija (BMRT)

BMRT įrenginys generuoja stiprų 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. Stemplės vėžio diagnostikoje BMRT informatyvi, kai navikas yra viršutinėje stemplės dalyje (kaklinėje ir krūtininės dalies pradžioje) ir pilvinėje dalyje, esančioje po diafragma. Atlikus šių sričių BMR tyrimą, gaunama, panašiai kaip kompiuterinės tomografijos atveju, serija atitinkamos kūno srities skersinių vaizdų. Radiologas nagrinėja kiekvieno „sklerspjuvio“ vaizdą ir mato, jei yra, navikinį darinį, nustato tiksliai jo vietą, dydį ir kitus parametrus.

BMRT tyrimas yra mažiau, palyginti su KT, 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, kurio- mis kažkada atliktos operacijos metu susiūti audiniai, ir kt.

Bronchoskopija

Tai bronchų sienelės apžiūra iš vidaus, panaudojant specialų prietaisą bronchoskopą. Atliekama ne kiekvienu stemplės vėžio atveju, tik jei įtariama, kad navikas iš stemplės išplito į kvėpavimo takus.

Laparoskopija

Tai pilvo organų apžiūra specialiu aparatu laparoskopu. Gali būti atliekama, jei stemplės navikas yra apatinėje stemplės dalyje. Siekiama apžiūrėti, ar vėžys nėra išplitęs į viršutinės pilvo dalies organus.

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 radionuklidas 18-fluorodeoksigliukozė – gliukozės ir radioaktyviojo 18-o fluoro 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 stemplės navikui ar jo išplitimui nustatyti. Lietuvoje tyrimai šiuo metodu dar tik pradedami atlikti.

Stemplės vėžio stadijos

Kai nustatomas stemplės vėžys ir atliekami kiti tyrimai, ligos išplitimas apibūdinamas kaip ligos stadija. Kartais ir atlikus visus reikiamus tyrimus stadija paaiškėja tik po operacijos.

Vėžio stadijos atspindi navikinio proceso išplitimą ir padeda parinkti stadiją atitinkantį gydymą.

Paprastai skiriamos 4 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.

Ligos išplitimui, t. y. stadijai, apibūdinti naudojama TNM simbolių sistema:

T – reiškia naviko dydį

N – sritinius limfmazgius

M – vėžio metastazes toli nuo pirminio naviko esančiuose organuose

Nustatant ligos stadiją, vadovaujantis tyrimų rezultatais įvertinamos TNM reikšmės: kokio dydžio navikas, ar yra metastazių sritiniuose limfmazgiuose ir kituose organuose. Šiuo principu naudojamosi ir nustatant stemplės vėžio stadiją.

0 (nulinė) stadija – Tis N0 M0. Naviko apibūdinimas Tis reiškia *carcinoma in situ*, lietuviškai – vėžys vietoje. Tai labai ankstyva vėžio stadija. Piktybiniai pakitimai yra išimtinai tik stemplės gleivinės epitelio ląstelėse (t. y. vietoje), neperžengę ląstelių išorinės membranos. Šios stadijos stemplės vėžys nustatomas labai retai, nes pacientui dar nebūna jokių ligos simptomų. N0 ir M0 reiškia, kad esant nulinei vėžio stadijai nepažeisti sritiniai limfmazgiai ir nėra tolimųjų metastazių (toliau paaiškintų simbolių reikšmės nekartosime).

I A stadija – T1 N0 M0. T1 reiškia, kad navikas apima stemplės gleivinę ir pogleivį.

I B stadija – T2N0M0; T2 reiškia, kad navikas apima stemplės sienelės gleivinę, pogleivį ir raumeninį sluoksnį

II A stadija – T3 N0 M0; T3 reiškia, kad navikas apima visus stemplės sienelės sluoksnius ir adventiciją;

II B stadija – T1 arba T2 N1 M0; N1 reiškia, kad yra 1–2 metastazės sritiniuose limfmazgiuose.

III A stadija – galimi T4a N0 M0, T3 N1 M0, T1 ar T2 N2 M0 variantai. T4a reiškia, kad navikas apėmęs ne tik stemplės sienelės visus sluoksnius, bet ir gretimas struktūras: pleurą, širdiplėvę ar diafragmą. N2 reiškia, kad yra metastazių 3–6 sritiniuose limfmazgiuose.

III B stadija – T3 N2 M0

III C stadija – galimi T4a N1ar N2 M0, T4b, bet kuris N, M0, bet kuris T, N3, M0 variantai. T4b reiškia, kad navikas apėmęs ne tik stemplės sienelės visus sluoksnius, bet ir gretimas struktūras: aortą, stuburo slankstelius ar trachėją. N3 reiškia, kad metastazės pažeidusios 7 ar daugiau sritinių limfmazgių.

IV stadija – bet kurios reikšmės T, bet kurios reikšmės N, M1.

M1 reiškia, kad yra tolimųjų metastazių.

Stemplės vėžio gydymas

Sergantieji stemplės vėžiu gali būti gydomi chirurginiu būdu, taikant chemoterapiją arba radioterapiją. Gydymo metodas priklauso nuo stemplės vėžio stadijos, naviko tipo, lokalizacijos stemplėje, paciento amžiaus, jo bendrosios sveikatos būklės. Priklausomai nuo minėtų veiksnių, gali būti taikomas kuris nors vienas gydymo metodas ar jų derinys, pavyzdžiui, tam tikrais atvejais chemoterapija ar radioterapija gali būti atliekama prieš operaciją.

Kiti gydymo metodai gali būti taikomi siekiant palengvinti sutrikusį rijimą. Vienas iš jų – stemplės stentavimas. Į susiaurėjusią stemplės vietą įstumiamas ir paliekamas specialus vamzdelis – stentas, išplečiantis susiaurėjusį stemplės

spindį. Susiaurėjimas gali būti sumažinamas veikiant naviką lazeriu, taikant fotodinaminį gydymą.

Kai nustatyta ankstyvos stadijos stemplės vėžio diagnozė, parenkamas gydymas siekiant išgydyti pacientą, kai vėžio stadija vėlyva, gydymu siekiama kontroliuoti ligos eigą, sumažinti varginančius simptomus, pagerinti paciento gyvenimo kokybę.

Chirurginis gydymas

Jei stemplės vėžys nustatytas ankstyvos stadijos, chirurginis gydymas gali būti taikomas siekiant ligą išgydyti. Vien chirurginis gydymas, išskyrus 0 ir I stadijos ligą, yra mažai efektyvus. Stemplės dalies pašalinimo operacijos, priklausomai nuo naviko dydžio, jo vietos (stemplės viršutinėje, vidurinėje ar apatinėje dalyje), nuo to kaip giliai jis įsiskverbęs į stemplės sienelę ar aplinkinius audinius, gali būti atliekamos per pilvo ir krūtinės ląstos, pilvo ir kaklo ar ir pilvo, ir kaklo, ir krūtinės ląstos operacinius pjūvius. Stemplės dalies pašalinimo operacija vadinama *ezofagektomija*.

Operacija

Stemplės dalis, kurioje yra navikas, pašalinama, likusi stemplės dalis sujungiama su skrandžiu, kartais su žarnos segmentu. Siekiant gydymo radikalumo neretai pašalinama ir viršutinė skrandžio dalis, kartais su žarnos segmentu. Po operacijos skrandis lieka kiek aukščiau, nei buvo prieš operaciją. Jei, pašalinus stemplės dalį, nėra galimybių likusią jos dalį sujungti su skrandžiu, trūkstamai stemplės daliai pakeisti gali būti panaudojama reikiamo ilgio žarnos dalis.

Operacijos metu chirurgas apžiūri ir pašalina vėžio pažeistus audinius aplink stemplę bei artimuosius limfmazgius. Po operacijos atliekamas visos operacinės medžiagos mikroskopinis ištyrimas, patikslinamas naviko vietinis išplitimas, kartu patikslinama ir ligos stadija.

Kartais operacijos metu pasirodo, kad navikas negali būti pašalintas, nes infiltravęs stemplės sienelę ir įsiskverbęs į

aplinkinius audinius ar pažeidęs pernelyg daug sritinių limfmazgių. Tokiu atveju dažniausiai į susiaurėjusią stemplės dalį įdedamas stentas, praplečiantis stemplės spindį – pacientas galės lengviau nuryti maistą.

Po operacijos

Dažniausiai pirmąsias paras po operacijos pacientai gydomi reanimacijos ar intensyviosios slaugos palatose. Paprastai kelias valandas po operacijos pacientui dar atliekama dirbtinė plaučių ventiliacija – plaučius ventiliuoja specialus aparatas. Kai pacientas visiškai nubunda ir atsigauna po bendrosios nejautos ir gali visavertiškai kvėpuoti pats, tuomet jo kvėpavimo takai atjungiami nuo aparato.

Skausmui po operacijos malšinti naudojami nuskausminamieji vaistai. Be įprastinių būdų, nuskausminamieji siekiant efektyvesnio poveikio gali būti sušvirkščiami į epidurinę tarpą (erdvė tarp stuburo smegenis dengiančio išorinio dangalo ir stuburo kanalo sienų). Procedūros, atliekamos gydytojo anesteziologo, metu vienas plono kateterio galas įstumiamas į epidurinę tarpą, kitas jo galas lieka išorėje, per kurį sušvirkščiami, kai reikia, nuskausminamieji vaistai.

Pooperaciniam nuskausminimui naudojama ir paties ligo-
nio kontroliuojamoji analgezija (LKA). Dabar yra prietaisai, leidžiantys pačiam pacientui aktyviai kontroliuoti skausmą pagal individualius poreikius.

Keletą dienų, kol bus leista gerti ir valgyti, į veną bus lašinami skysčiai.

Po operacijos keletui parų būna įstumtas ir paliktas nosies–skrandžio zondas, t. y. ilgas plonas lankstus plastikinis vamzdelis, kurio vienas galas skrandyje, kitas per kurią nors nosies landą išlindęs išorėje. Zondas reikalingas išsiurbti po operacijos skrandyje besikaupiantį sekretą ir gleives. Sekreto pašalinimas leidžia geriau ir greičiau gyti, apsaugo pacientą nuo varginančio pykinimo. Kai po operacijos skrandis vėl pradeda dirbti ir evakuoti turinį į žarnyną, zondas ištraukiamas.

Keletui parų pilvo ir krūtinės ląstos operacinės žaizdos audiniuose paliekami vamzdeliai (drenai). Per juos iš žaizdos gilumos į išorę išteka besikaupiantis audinių sekretas.

Kartais kelioms paroms paliekamas įstumtas į šlapimo pūslę kakteteris – šlapimas renkasi į su kateteriu sujungtą šlapimo surinktuvą. Taip iškart po operacijos pacientui nereikia vargintis norint nusišlapinti, galima tiksliai išmatuoti šlapimo kiekį, matyti jo spalvą.

Po operacijos pacientai skatinamai kuo anksčiau keltis ir pradėti judėti – tai labai padeda sveikti po operacijos. Jei keltis iš lovos dar negalima, pacientai skatinami nuolat atlikti kvėpavimo ir kojų pratimus lovoje.

Pradėti gerti gydytojas leidžia praėjus kelioms paroms po operacijos, kai įsitikina, kad nauja stemplės ir skrandžio jungtis sutvirtėjo. Iš pradžių atliekamas bario rijimo testas, kad būtų įsitikinta, jog naujai suformuota stemplės ir skrandžio jungtis sandari.

Operacijos metu visuomet į plonąją žarną įdedamas ir paliekamas maitinimo vamzdelis, jo kitas galas per nedidelį pilvo sienos pjūvį iškišamas į išorę. Po operacijos per šį maitinimo vamzdelį į paciento plonąsias žarnas sušvirkščiama maisto tyrė. Taip pacientas maitinamas, kol gerai sugyja nauja stemplės ir skrandžio jungtis ir jis gali maitintis natūraliu būdu. Kai pacientas pradeda gerti ir valgyti pats, maitinimo vamzdelis išimamas.

Dempingo sindromas

(angl. dumping – iškrovimas, išvertimas)

Po operacijos gali pasireikšti ankstyvasis dempingo sindromas – tuoj pavalgisus – ir vėlyvasis.

Ankstyvasis dempingo sindromas pasireiškia vos tik pavalgisus, galvos svaigimu, šleikštuliu, smarkiai padažnėjusiu širdies plakimu, kartais sumažėjusiu kraujospūdžiu. Toks priepuolis gali trukti 10–15 minučių. Tai atsitinka dėl to, kad maistas, ypač saldus, pernelyg greitai pakliūna į plonąją žarną (sveikas skrandis į plonąją žarną maistą evakuoja

porcijomis, ne viską iš karto). Staiga plonojoje žarnoje susikaupęs maistas sutraukia iš aplinkinių audinių ir organų skysčius, o tai sąlygoja staigų kraujospūdžio sumažėjimą ir kitus su tuo susijusius simptomus.

Ankstyvojo dumpingo sindromo simptomų ryškumas silpnėja bėgant laikui. Sindromas pasireiškia silpniau, kai pacientas išmoka valgyti dažnai, mažom porcijom, iš lėto. Patartina skysčius gerti tarpuose tarp maitinimosi, nes valgant ir geriant kartu, suvalgytas maistas praskiedžiamas ir dar greičiau patenka į plonąsias žarnas. Patartina riboti rafinuoto cukraus vartojimą. Pavalgius naudinga atsipalaiduoti ir 15–30 minučių pailsėti.

Vėlyvasis dumpingo sindromas pasireiškia praėjus porai valandų po valgio ar praleidus maitinimą nustatytu laiku staigiu silpnumo priepuoliu, kartais netgi sąmonės netekimu. Neretai priepuolio metu gali pykinti, drebėti kūnas. Vėlyvąjį dumpingo sindromą išprovokuoja per daug greitai į plonąją žarnyną su maistu patenkantys anglevandeniai, kurie, per žarnų sienelę patekę į kraują, staiga ženkliai padidina gliukozės lygį kraujyje. Kaip atsaką į padidėjusį gliukozės lygį, kasa į kraują išskiria daug insulino, kuris staiga sumažina gliukozės lygį kraujyje. Tai ir sąlygoja aukščiau minimus simptomus. Jei pacientas patiria vėlyvojo dumpingo sindromo simptomus, rekomenduojama laikytis tų pačių maitinimosi taisyklių kaip ir ankstyvojo sindromo atveju – valgyti nedideles nesaldaus maisto porcijas. Ištikus priepuoliui, padeda gliukozės tabletė. Gerti skysčius rekomenduojama ne kartu su maistu, o po pertraukėlės.

Kartais gali būti atliekama ir chirurginė virškinamojo trakto korekcija.

Paliatyviosios operacijos

Tai operacijos ar chirurginės procedūros, atliekamos siekiant pacientui palengvinti maitinimąsi ar susilpninti ligos simptomus.

Perkutaninė gastrostomija ar jejunostomija – skrandžio ar plonosios žarnos jungtis per pilvo sieną su išore. Per mažą pilvo sienoje ir skrandžio ar plonosios žarnoje sienelėje atliktą pjūvį skrandis ar plonoji žarna specialiu plastikiniu vamzdeliu sujungiamas su išore – pacientas maitinamas skystą maistą supilant per vamzdelį į skrandį ar plonąją žarną. Ši operacija gali būti atliekama prieš stemplės radioterapiją, chemoterapiją ar stemplės radikaliąją operaciją, kad gydymo periodas pacientui būtų lengvesnis, jis galėtų visavertiškai maitintis. Kai situacija pagerėja ir pacientas gali vėl maitintis natūraliu keliu, vamzdelis išimamas.

Stemplės susiaurėjimo praplėtimas (bužavimas). Susiaurėjusi stemplės dalis plečiama specialiais lanksčiais plastikiniais strypeliais. Procedūros atliekamos ne vieną kartą, laipsniškai didinant strypelių diametrą.

Stemplės stentavimas – į susiaurėjusią stemplės vietą įstumiamas ir paliekamas specialiai sukonstruotas spindį išplečiantis vamzdelis, vadinamas stentu.

Fotodinaminė terapija – paliatyvusis gydymo metodas, taikomas siekiant palengvinti paciento maitinimąsi, kai navikas blokuoja stemplės spindį, ypač kai pacientui bendroji sveikatos būklė neleidžia atlikti operacijos, radioterapijos ar chemoterapijos. Naudojant šį metodą į veną suleidžiama šviesai jautrių medžiagų hemoporfirinų. Jie turi savybę kauptis navikiniame audinyje. Kai jų prisikaupia vėžio ląstelėse, šios tampa labai jautrios šviesai. Tuomet navikas apšviečiamas lazerio šviesa, vėžinėse ląstelėse prasideda fotocheminės reakcijos, sukeliančios jų žūtį. Nors gydymas šiuo metodu gali palengvinti maisto rijimo sutrikimą, tačiau stemplės vėžys išgydytas nebus.

Radioterapija

Radioterapija – vėžio gydymas naudojant didelės energijos jonizuojančiąją spinduliuotę, siekiant sunaikinti vėžio ląsteles kuo mažiau pažeidžiant sveikųjų audinių. Atliekant radioterapiją jonizuojančiais spinduliais veikiama kon-

kreči kūno vieta, kurioje yra navikas. Jonizuojančiųjų spindulių šaltinis gali būti išorėje nuo kūno, tam tikroje švitinimo aparato vietoje. Tai būtų išorinė radioterapija.

Kai jonizuojančiųjų spindulių šaltinis įstumiamas ar įdedamas į patį naviką ir jonizuojantieji spinduliai veikia iš labai arti, tai būtų vidinė radioterapija, kitaip brachiterapija.

Radioterapija, kaip savarankiškas gydymo metodas, taikomas siekiant greitai atkurti rijimo funkciją, siekiant sumažinti naviko dydį prieš operaciją ir padaryti naviką operabilų. Po operacijos spindulinė terapija naudojama, kad sumažėtų naviko ataugimo galimybė.

Išorinė radioterapija

Išorinė radioterapija gali būti taikoma prieš arba po operacijos. Kai kuriais atvejais ji gali būti atliekama drauge su chemoterapija. Tai vadinama chemospinduliniu gydymu.

Išorinė radioterapija – toks spindulinio gydymo būdas, kai jonizuojančiųjų spindulių pluoštas sklinda iš švitinimo aparato galvutės, nutolusios nuo švitinamos kūno srities paviršiaus tam tikru atstumu. Dabar šiuolaikiniai išorinio švitinimo aparatai yra linijiniai greitintuvai. Išorinę radioterapiją skiria ir atlieka onkologas radioterapeutas onkologinę pagalbą teikiančios įstaigos radioterapijos skyriuje. Švitinimo seansai atliekami kasdien penkias dienas per savaitę nuo pirmadienio iki penktadienio. Šeštadienį ir sekmadienį – pertrauka. Gydant stemplės vėžį, radioterapija ambulatorinėmis ar stacionaro sąlygomis užtrunka keletą savaičių.

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



Radioterapijos planavimas

Kaip minėta, jonizuojantieji spinduliai naikina vėžio ląsteles. Tačiau jie žaloja ir sveikuosius audinius. Todėl, norint išgauti didžiausią įmanomą naudą iš radioterapijos, t. y. iki reikiamos dozės apšvitinti stemplę ir išsaugoti aplinkinius sveikus audinius ir organus, reikia viską labai tiksliai supla-

nuoti ir apskaičiuoti. Spindulinis gydymas planuojamas taip, kad stemplės su naviku sritis būtų apšvitinta pakankama spindulių doze ir iš visų pusių tolygiai, o sveiki gretimi audiniai ir organai būtų kuo mažiau paveikti ir išliktų nepažeisti. Sudarant spindulinio gydymo planą dalyvauja ne tik onkologas radioterapeutas, bet ir gydytojai radiologai, medicinos fizikai, klinikiniai radiobiologai, t. y. visa spindulinio gydymo planavimo grupė.

Pirmiausia atliekamos planuojamos apšvitinti kūno srities kompiuterinės tomogramos, t. y. gaunami skersiniai rentgeniniai vaizdai, kuriuose radioterapeutas pažymi norimą apšvitinti audinių apimtį, šiuo atveju stemplės dalį.

Medicinos fizikai parenka atitinkamą švitinimo laukų skaičių (jų gali būti 2, 3, 4 ir daugiau), jų dydį, apskaičiuoja kiekvieno lauko spindulių pluošto kritimo kampą į stemplę, spindulių dozę, švitinimo laiką taip, kad stemplė būtų apšvitinta tolygiai reikiama spindulių doze, o sveiki šalia esantys organai nukentėtų kuo mažiau.

Spindulinio gydymo planas su visais jo parametrais išspausdinamas popieriuje. Juo kaskart, atlikdami švitinimo seansą, vadovaujasi radioterapeutas ir jam padedanti radiologijos laborantė. Dažniausiai vienos dienos spindulių dozė į švitinamą vietą yra 1,8–2 Gy (Grėjai), viso kurso – apie 70 Gy.

Labai svarbu, kad kiekvieną kartą švitinant spindulių pluoštas kristų vis į tą pačią vietą, “neprašautų pro šalį”. Tuo tikslu paciento krūtinės oda tatuiruojama: ant odos specialiais dažais keliose reikiamose vietose paliekami adatos galvutės dydžio žymės, kurios padeda gydymą atliekančiam radioterapeutui kaskart paguldyti pacientą vienodai, taip, kaip vakar ir tiksliai nukreipti spindulius. Šios žymės lieka visam laikui, bet, būdamos labai mažos, beveik nepastebimos. Kartais radioterapeutas papildomai specialiu pieštuku ant odos pasižymi švitinimo laukų ribas. Šių žymių nereikia nutrinti tol, kol bus tęsiami švitinimo seansai. Baigus gydymą, jas bus galima nuplauti.

Pasirengimas švitinimui gali užtrukti keletą dienų. Viską parengus, galima pradėti radioterapiją. Pacientas patogiai

paguldomas ant specialaus švitinimo stalo. Pacientas seanso metu turi gulėti ant nugaros (išorinė radioterapija taikoma pacientui gulint), jo rankos suneriamos po galva. Seanso metu pacientas švitinimo kambaryje paliekamas vienas. Jonizuojančiajai spinduliutei veikiant žmogaus kūną, nieko nejaučiama. Paprasčiausiai reikia kelias minutes ramiai pagulėti. Kaip minėta, stemplė turi būti apšvitinama iš visų pusių tolygiai. Todėl švitinimo aparato galvutė kartkartėmis, priklausomai nuo to, kiek švitinimo laukų suplanuota, keis savo padėtį ir judės aplink paciento krūtinę. Apie tai gydytojas būtinai perspėja iš anksto, kad pacientas neišsigąstų. Visa, kas vyksta švitinimo patalpoje, gydytojas mato būdamas gretimame kambaryje televizoriaus ekrane ir net gali pasikalbėti su pacientu.

Po švitinimo seanso pacientas, jei gydomas ambulatorinėmis sąlygomis, gali eiti į namus ar grįžti į palatą.

Šalutiniai išorinės radioterapijos poveikiai

Stemplės radioterapija sukelia bendruosius šalutinius poveikius, pasireiškiančius bendru negalavimu, pykinimu, apetito praradimu, nuovargiu ir kitais varginančiais simptomais, bei poveikius, susijusius su pačios stemplės reakcija į jonizuojančiuosius spindulius, pasireiškiančia skausmingumu ryjant. Šie šalutiniai poveikiai gali būti daugiau ar mažiau intensyvūs, priklausomai nuo spindulių dozės bei gydymo trukmės. Kartais tam, kad radioterapijos periodas pacientui būtų lengvesnis, jam suformuojama gastrostoma, t. y. per pilvo sienos audinius į skrandį įstatomas specialus vamzdelis, per kurį, aplenkiant stemplę, skystas maistas supilamas į skrandį. Kai pacientas jau gali pats be skausmo nuryti natūraliu būdu, gastrostoma uždaroma.

Stemplės brachiterapija

Brachiterapija – tai toks spindulinio gydymo būdas, kai jonizuojančiosios spinduliuotės šaltinis labai arti priartinamas prie piktybinio naviko židinio, t. y. priglaudžiamas,

įstumiamas į jo audinius arba į tuščiavidurių organų, pavyzdžiui tokių kaip stemplės ertmės prie ten esančio naviko – jonizuojantieji spinduliai veikia iš labai arti aukšta doze apšvitindami naviką, aplinkiniai sveikieji audiniai beveik nenukenčia. Radioaktyvusis šaltinis, priklausomai nuo jo galingumo, norimos navike pasiekti spindulių dozės, gali būti paliekamas stemplėje nuo 30 min. iki kelių parų. Kaip ir išorinė radioterapija, panašiai ir stemplės brachiterapija su dirgina stemplės gleivinę, tai pasireiškia skausmingu rijimu.

Chemoterapija

Chemoterapija – piktybinių navikų gydymas priešnavikiniais vaistais. Priešnavikiniai vaistai suardo vėžio ląsteles, stabdo jų dauginimąsi. Kartu priešnavikiniai vaistai veikia ir normaliąsias organizmo ląsteles, sukeldami jų pažeidimus, kurie pasireiškia kaip šalutiniai chemoterapijos poveikiai. Jautriausios chemoterapijai greitai besidauginančios organizmo ląstelės – kraują gaminančių kaulų čiulpų, virškinamojo trakto (burnos, stemplės, žarnų) gleivinės, plaukų svogūnėliai ir kt. Tačiau, laimė, normaliosios ląstelės sugeba atsigauti, šalutiniai poveikiai praeina. Stemplės vėžiui gydyti chemoterapija gali būti atliekama sušvirkščiant vaistus į veną ir naudojant geriamąsias tabletes. Dažniausiai gydyti naudojamos ne vieno, bet 2–3 vaistų kombinacijos. Chemoterapija atliekama ciklais, tarp kurių yra 2–3 savaitių pertraukos, per kurias organizmas atsigauna nuo šalutinių poveikių. Paprastai chemoterapija atliekama ligoninėje arba dienos stacionare prižiūrint gydytojams.

Yra įvairių vėžio chemoterapijai skirtų vaistų bei šių vaistų derinių (schemų). Skirtingi vaistų deriniai sukelia skirtingus šalutinius poveikius. Mokslininkai, vaistų kūrėjai nuolat siekia sukurti didesnio efektyvumo vaistus, pasižyminčius silpnesniais šalutiniais poveikiais. Chemoterapijos vaidmuo, gydant stemplės vėžį, tapo reikšmingesnis tik pastarąjį dešimtmetį, nes buvo sukurta naujos kartos priešnavikinių

vaistų, pažangių jų vartojimo metodikų, atsirado galimybės saugiai taikyti didesnes vaistų dozes.

Gydant stemplės vėžį, gali būti taikoma *neoadjuvantinė chemoterapija*, t. y. chemoterapija iki operacijos siekiant sumažinti naviko apimtį ir padidinti operacijos efektyvumą arba paveikti galbūt kitur organizme išplitusias vėžio ląsteles.

Vien ikioperacinė chemoterapija taikoma rečiau. Chemoterapija efektyviausia derinant ją su spinduline terapija.

Gali būti taikoma *adjuvantinė chemoterapija*, t. y. chemoterapija po operacijos, siekiant sumažinti ligos atkryčio riziką, t. y. paveikti, sunaikinti galbūt likusias po operacijos stemplės vėžio ląsteles.

Chemoterapija taikoma stemplės vėžiui metastazavus į kitus organus. Jos tikslas sumažinti ar sunaikinti metastazes, sumažinti simptomų intensyvumą, pagerinti gyvenimo kokybę.

Chemospindulinis gydymas

Radioterapija ir chemoterapija gydant stemplės vėžį kartais gali būti taikoma tuo pačiu metu – prieš operaciją, siekiant sumažinti naviko apimtį ar tais atvejais, kai dėl kokių nors priežasčių operacija negalima. Šis gydymo būdas, nors efektyvesnis negu viena chemoterapija, susijęs su stipresniu šalutinių poveikių pasireiškimu.

Šalutiniai poveikiai

Chemoterapijai naudojami vaistai sukelia šalutinius poveikius, jie slopinami vaistais.

Sumažėjęs atsparumas infekcijoms. Chemoterapija slopina kaulų čiulpus, kraujyje sumažėja baltųjų kraujo kūnelių leukocitų. Dėl to kyla infekcijos pavojus. Dažniausiai tai atsitinka ne iš karto sušvirkštus chemoterapinius vaistus, bet pertraukų tarp gydymo ciklų metu. Būtina nedelsiant kreiptis į gydytoją, jei:

- Kūno temperatūra pakyla daugiau kaip 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. Chemoterapija gali slopinti trombocitų, gamybą. Dėl to sutrinka kraujo krešėjimas, gali pradėti kraujuoti gleivinės, ant kūno atsirasti mėlynių. Pastebėjus šiuos reiškinius, būtina apie tai pranešti gydytojui.

Mažakraujystė (anemija). Ji prasideda sumažėjus raudonųjų kraujo kūnelių eritrocitų. Jaučiamas silpnumas, nuovargis, dusulys.

Pykinimas, vėmimas. Naudojant kai kuriuos chemoterapijos vaistus gali būti jaučiamas šleikštulys, pykinimas ir net varginti vėmimas. Esant šiems šalutiniams poveikiams vartojami vaistai nuo pykinimo – antiemetikai.

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 naudoti specialius maitinamuosius gėrimus. Jei dėl apetito praradimo netenka daug kūno svorio, vystosi išsekimas, skiriamas specialus medikamentinis gydymas.

Plaukų nuslinkimas. Tai dažnas chemoterapijos šalutinis poveikis. Baigus gydymą, plaukai per 3–6 mėnesius atauga.

Periferinė neuropatija. Kai kurie stemplės vėžio atvejais chemoterapijai naudojami vaistai veikia periferinius nervus,

išsivysto periferinė neuropatija: tirpsta, dilgčioja rankos ir kojos, kartais galūnės šąla arba kaista, kartais sumažėja ar net išnyksta jutimai rankose ir kojose, kartais vargina rankų ar kojų skausmas. Šių efektų intensyvumas priklauso nuo chemoterapijos schemos, vaistų dozės, vartojimo trukmės. Periferinė neuropatija praeina per kelis mėnesius užbaigus gydymą.

Plastakų ir pėdų sindromas. Kai kurie stemplės vėžio atvejais chemoterapijai naudojami vaistai sukelia delnų ir padų paraudimą, bėrimą ir skausmą

Klinikiniai tyrimai

Naujų piktybinių navikų gydymo būdų paieška vyksta nuolat. Klinikiniai tyrimai atliekami siekiant moksliskai patikrinti naujų vaistų nuo vėžio poveikį, esamų vaistų derinių efektyvumą, palyginti, kuris vaistas veikia efektyviausiai, bet sukelia mažiausiai šalutinių poveikių, kuriais vaistais gydymas efektyviausias, bet pigiausias ir pan.

Jei parengtiniai tyrimai rodo, kad naujas gydymo būdas (sakysim, naujas vaistas nuo vėžio, hormonoterapijai ar biologinei terapijai skirtas vaistas) gali būti efektyvesnis nei jau žinomas, 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 praktiką ateina vis daugiau naujų vaistų bei gydymo metodikų, leidžiančių ligą išgydyti, ilgiau kontroliuoti sergančiųjų ligos eigą, prailginti gyvenimo trukmę, pagerinti gyvenimo kokybę.

Kad naujas ir senas gydymo būdai būtų palyginti tiksliau, tai, kuriuo metodu bus gydomas pacientas, lemia atsitiktinė atranka, atliekama kompiuterio, o ne pacientą gydančio gydytojo. Įrodyta, kad jei gydymą parinks gydytojas ar pats pacientas, tai bus daroma nesąmoninga įtaka tyrimo rezul-

tatams. Atsitiktinės atrankos kontroliniuose tyrimuose pusė pacientų gauna standartinį gydymą, kita pusė – naująjį, kuris gali pasirodyti esąs geresnis už standartinį arba ne. Gydymas laikomas efektyvesniu, jei efektyviau veikia prieš naviką, o jei abiejų būdų poveikis prieš naviką vienodas, tai pranašesnis tas, kuris sukelia mažiau šalutinių reiškinių.

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 ištirtas parengtiniuose tyrimuose prieš galutinai ištiriant jį kontroliniuose klinikiniuose tyrimuose. Galbūt pasirodys, kad klinikinis tyrimas leido pacientui gauti gydymą, kuris efektyvesnis už įprastinį. Dalyvaujantys klinikiniuose tyrimuose pacientai padeda onkologijos mokslui žengti į priekį, tai gali pagerinti ne tik jų, bet ir kitų pacientų gydymo rezultatus ateityje.

Daugeliui šių laikinių mokslinių tyrimų reikia pacientų kraujo, kaulų čiulpų, navikų biopsijos medžiagos. Tyrėjai turi gauti paciento sutikimą naudotis šia medžiaga moksliniams tyrimams atlikti. Kai kurie mėginiai gali būti ilgai laikomi biobanke 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 emocijų, kurios sąlygoja

dažną nuotaikų kaitą, žmogus jaučiasi sutrikęs. Niekvienas pacientas išgyvena 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. 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, sukrėstas, netikėti tuo, kas vyksta. Galima pastebėti, jog jam sunku susikaupti ir atsimininti, kas sakoma, todėl jis iš naujo užduoda vis tuos pačius klausimus. Tai yra įprasta reakcija į sukrečiančią žinią. Kai kuriems žmonėms 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 kantriai išklaudyti susirgusį arba neįkylrėti, jei jis kalbėtis nenori.

Baimė ir nežinomybė

„Ar man skaudės?“

„Vėžys“ – gąsdinantis žodis. Sužinojus apie ligą, susirgusiajam kyla dažniausias klausimas: „Ar man skaudės? Ar skausmas bus nepakeliamas?“ Šiuolaikiniai skausmo

gydymo būdai sėkmingai numalšina skausmą ir leidžia pacientui pačiam jį kontroliuoti.

Neretai pacientai nerimauja dėl jiems numatyto gydymo: koks jis bus, kaip veiks ir kaip susidoroti su galimais šalutiniais efektais. Geriausia 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 ligoninės. Jos ypač bijoma, jei tai pirmoji gulėjimo ligoninėje patirtis. Vis dėlto geriausiai apie tai pasikalbėti su gydytoju ar slaugytoja, jie mokės nuraminti.

Kartais pacientai skundžiasi, jog gydytojas nevisiškai, nepilnai atsako į jų klausimus. Taip gali būti todėl, kad nevisada įmanoma tiksliai pasakyti, ar navikas visiškai pašalintas. Gydytojai iš patirties žino, kaip žmonėms padeda tam tikras gydymas, bet neįmanoma labai tiksliai prognozuoti konkretaus paciento ateities, toli į ateitį numatyti jo ligos eigą.

Nežinomybė ir netikrumas dėl ateities gali sukelti didžiulę įtampą, tačiau baimės ir įsivaizdavimai dažnai yra perdėti, baisesnė 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 palengvėtų, 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 nejausdamas gali tą pyktį išlieti ant šalia esančių žmonių, gydytojų ar slaugytojų. Relingingas žmogus gali jausti pyktį net Dievui. 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 pajęgtų 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 tiksliai tam tikro reiškinio priežastį. Bet kadangi gydytojai retai gali tiksliai pasakyti, kas sąlygojo konkretų vėžio atvejį, neverta kaltinti dėl ligos nei savęs, nei kitų – geriau susikaupti ir siekti išmokti gyventi su liga.

Apmaudas

„Jums gerai, jums taip nenutiko „

Suprantama, jog susirgęs žmogus jaučia apmaudą ir nevilgtį, 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. Dažniau-

siai 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 akimirų, kai susirgęs žmogus norės likti vienas su savo jausmais ir mintimis. Artimieji ir drauga gali pasijusti tarsi atstumti. Jie jausis lengviau, jei ligonis patikins, 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 reiktų aptarti su šeimos gydytoju, kuris pacientui gali paskirti antidepresantų arba pasiūsti jį konsultuoti specialistui.

Kam ir ką sakyti

Kai kuriose šeimose sunku kalbėtis apie artimąjį užklupusį vėžį ar reikšti savo jausmus. Pirmoji artimųjų reakcija dažniausiai būna: gydytojas neturėjo sergančiajam pasakyti jo diagnozės. Jie bijo, kad pacientas nesusidoros su šia žinia, arba patiems artimiesiems yra sunku vien dėl to, kad sergantysis 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 tarsi 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 optimistiškai nusiteikusių draugų ar giminaičių, optimistiškas požiūris į ligą visuomet naudingesnis nei pesimistiškas.

Giminaičiai ir draugai galėtų padėti atidžiai išklausydami, 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 nesi-jaučia gerai ir turi vykti į ligoninę. Kiek vyresni vaikai galbūt supras ligą, papasakojus istoriją apie geras ir blogas lašteles. 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 grąžinami į šeimą, kai jau buvo bepradedą jaustis laisvi ir nepriklausomi.

Būtina išklausti, ar vaiko baimės 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.

Ką galima padaryti dėl savęs

Labai daug žmonių jaučiasi bejėgiai, išgirdę savo diagnozę ir mano, jog nieko kito nebegali padaryti, kaip tik atsiduoti gydytojų ir ligoninių malonei. Tai netiesa. Yra daugybė dalykų, kuriuos šiuo sunkiu laikotarpiu pacientas galėtų padaryti savarankiškai ar kartu su šeima.

Pastangos suprasti ligą

Jeigu susirgusiam žmogui pavyksta suprasti savo ligą ir jos gydymą, jis būna geriau pasirengęs susidoroti su esama situacija.

Naudinga ta informacija, kuri gaunama iš patikimų šaltinių. Taip išvengiama prasimanymų ir bereikalingos baimės. Kai kurie žmonės galėtų patarti iš savo asmeninės patirties, tačiau reikia turėti omenyje, jog kiekvienas ligos atvejis yra individualus ir tai, kas tinka vieniems, nebūtinai tinka kitiems. Medicininę informaciją reikėtų gauti iš savo gydytojo.

Praktinė veikla

Pacientas turi suprasti, jog nevisada galės užsiimti ankstesne veikla. Bet kai tik sveikata pagerės, reikėtų pradėti atlikti paprastas paties sau nusistatytas užduotis. Taip po truputį atgaunamas pasitikėjimas savo jėgomis.

Žmonės dažnai kalba apie kovą su liga. Tai sveika reakcija, kuri gali padėti sergančiajam. Vienas lengvesnių būdų tai daryti yra sveikos, gerai subalansuotos dietos susidarymas. Kitas būdas – išmokti atsipalaidavimo pratimų, kuriuos galima atlikti namie klausantis pratimų įrašų. Daugeliui žmonių padeda reguliari mankšta. Pratimų pobūdis ir intensyvumas priklauso nuo to, kaip pacientas jaučiasi juos darydamas. Reikia atkakliai laipsniškai siekti realių, atsižvelgiant į sveikatą, tikslų.

Jeigu maitinimosi įpročių keitimas ar mankšta nežavi, tai ir nereikia dėl to jaudintis ar jausti prievolę vistiek tai daryti. Galima veikti tai, kas patinka. Sergant kai kuriems žmonėms labiau patinka gyventi kuo įprastesniu ritmu, o kiti galbūt mieliau paatostogauja ar pasineria į savo hobį, nei dirba kasdienius darbus.

Kas galėtų padėti?

Svarbiausia atsiminti, jog aplink yra žmonių, galinčių padėti. Dažnai lengviau yra kalbėtis su kuo nors, kas tiesiogiai nesusijęs su liga. Galbūt bus naudinga pasikalbėti su Vėžio informacijos centro specialistu. Kai kuriems žmonėms labai padeda gilinimasis į religiją, pokalbiai su religinės bendruomenės vadovu.

Dar keletas žmonių bendruomenėje gali padėti. Reikia pasidomėti, gal bendruomenėje organizuojama savanorių pagalba. Tai specialiai paruošti žmonės, kurie prižiūri sergančiuosius jų namuose. Dėl pagalbos namuose (nueiti į parduotuvę, vaistinę, sutvarkyti butą, užrašyti pas gydytoją ir t.t.) reiktų kreiptis į seniūniją.

Palatose dirba patyrusios slaugytojos, galinčios patarti praktiniais klausimais. Ligoninės socialinis darbuotojas taip pat gali patarti, suteikti informacijos apie socialines tarnybas ir kai kurias lengvatas, kuriomis galbūt sergančiam žmogui teks pasinaudoti. Jeigu sunkiai tvarkomasi savarankiškai – reikia nebijoti kreiptis pagalbos.

Tačiau yra žmonių, kuriems reikalingas ne tik patarimas ir parama. Gali būti, kad, nepaisant didžiausių paciento pastangų, susidūrimas su vėžiu sukels depresiją, nerimo ir bejėgiškumo pojūtį. Tokiu atveju gali prireikti specialiai parengto gydytojo konsultacijos. Apie tokį specialistą reiktų teirautis gydančio gydytojo.

Socialinė pagalba

Kai susirgęs asmuo turi tam tikrą laiką gydytis ir negali eiti į darbą, jam išduodamas nedarbingumo pažymėjimas. Dokumentas pateikiamas darbdaviui ir pagal Lietuvoje galiojančius įstatymus pacientui bus apmokama už laikotarpį, kai negalėjo dirbti. Jei pacientas nedarbingas ilgiau, negu galima išduoti nedarbingumo pažymėjimą vadovaujantis įstatymais, tuomet Neįgalumo ir darbingumo nustatymo tarnyba (NDNT) prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos nustato paciento darbingumo lygį (tai atitiktų anksčiau nustatomas invalidumo grupes). Remiantis NDNT nustatytu darbingumo lygiu apskaičiuojamos išmokos ir mokamos pacientui. Platesnę informaciją apie tai gali suteikti socialinis darbuotojas, dirbantis onkologinę pagalbą teikiančiose įstaigose.

Vadovaujantis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 metų sausio 17 dienos įsakymu Nr.V-50 „Dėl

medicininės reabilitacijos ir sanatorinio (antirecidyvinio) gydymo organizavimo“ onkologiniams pacientams suteikiama galimybė gauti reabilitacinį ar sveikatą grąžinantį gydymą kurioje nors Lietuvos medicininės reabilitacijos sveikatos priežiūros įstaigoje (sanatorijoje).

Mielieji skaitytojai,

Viliamės, kad šios žinios bus Jums naudingos. Nedelskite ir krepkitės pagalbos į gydytoją pajutę knygelėje aprašytus negalavimus. Tikriausiai daugeliu atvejų tai nebus pikta liga, tačiau kokia bebūtų, ją reikia gydyti.

Linkime geros sveikatos.

Turinys

Kas yra vėžys	3
Stemplė	4
Stemplės vėžio rūšys	6
Stemplės vėžio rizikos veiksniai	6
Stemplės vėžio simptomai	9
Diagnozės nustatymas	9
Stemplės vėžio stadijos	13
Stemplės vėžio gydymas	14
Klinikiniai tyrimai	26
Sergančiųjų jausmai	27
Kas galėtų padėti?	33

Apie stemplės vėžį

Informacija pacientams

Tiražas egz. 500



Išleido ir spausdino UAB „Petro ofsetas“

Žalgirio g. 90, LT-09303 Vilnius,

tel. +370 5 2733347, faks. +370 5 2733140,

el. p. priemimas@petroofsetas.lt, www.petroofsetas.lt