

ASCO-ի պատասխաններ

Կրծքագեղձի քաղցկեղ

Cancer.Net 

Ձեր բուժումը և խնամքը կազմակերպելու
համար վստահելի տեղեկատվություն
Կլինիկական ուռուցքաբանության
ամերիկյան միությունից (ASCO)

ՀՏԴ 616-006
ԳՄԴ 55.6
Կ 857

Կ 857 Կրծքագեղձի քաղցկեղ: ASCO-ի պատասխաններ. - Եր.: «ՀԵՆԱՐԱՆ»
բարեգործական հիմնադրամ, 2018. - 80 էջ:

«ASCO-ի պատասխաններ» գրքույկը կրթական նյութերի հավաքածու է՝ նախատեսված չարորակ ուռուցքներից բուժվող հիվանդների և նրանց խնամատարների համար: Գրքույկում հավաքագրված ողջ տեղեկատվությունն արժանացել է ուռուցքաբանների հանրության հավանությանը:



ASCO-ի մասին

Կլինիկական ուռուցքաբանության ամերիկյան միությունը (ASCO) բոլոր մասնագիտությունների ուռուցքաբաններին միավորող համաշխարհային առաջատար պրոֆեսիոնալ կազմակերպություն է: ASCO-ի անդամները՝ ավելի քան 35 000 մասնագետ աշխարհի տարբեր երկրներից, մշակում են բուժման չափանիշներ, պայքարում են բուժման արդյունավետ եղանակների ներդրման և կլինիկական ու կիրառական հետազոտությունների անցկացման նպատակով լրացուցիչ ֆինանսավորման ներգրավման համար և, վերջապես, անում են հնարավորը՝ բուժելու ամեն տարի տարբեր տիպի չարորակ ուռուցքներով հիվանդացող ավելի քան 12 միլիոն մարդու:

ՀՏԴ 616-006
ԳՄԴ 55.6

ISBN 978-9939-1-0753-0

© «ՀԵՆԱՐԱՆ» բարեգործական հիմնադրամ, 2018

Cancer.Net նախագծի մասին

Քաղցկեղի դեմ պայքարի լավագույն մեկնարկը հիվանդության մասին մանրամասն և ճշգրիտ տեղեկացված լինելն է: Իրազեկ հիվանդը ոչ միայն կարող է պաշտպանել իր շահերը, այլև համագործակցել բժշկի հետ՝ որպես գործընկեր: Cancer.Net նախագծի (www.cancer.net) նպատակն է ուռուցքային հիվանդություններից բուժվող մարդկանց և նրանց բոլոր աջակիցներին ներկայացնել ASCO-ի՝ աշխարհի առաջատար ուռուցքաբանների ընկերության տեղեկատվությունն ու միջոցները: Այս նախագիծը մշակել են ASCO-ի անդամ հանդիսացող բժիշկները, իսկ ողջ տեղեկատվությունը հաստատել փորձագետները: Cancer.Net նախագիծն առցանց գործող վստահելի տեղեկատվական աղբյուր է՝ հազեցած նորագույն տվյալներով: Նախագծին աջակցում է Conquer Cancer Foundation հիմնադրամը, որի գործունեությունը միտված է նոր հետազոտությունների և պրոֆեսիոնալ կրթական ծրագրերի ֆինանսավորմանը, ինչպես նաև հիվանդներին և նրանց ընտանիքներին աջակցություն ցուցաբերելուն:

«ASCO-ի պատասխաններ. կրծքագեղծի քաղցկեղ» գրքույկում տեղ գտած կարծիքներն ու մտքերը կարող են չհամընկնել ASCO-ի կամ Conquer Cancer Foundation հիմնադրամի տեսակետին: Այստեղ շարադրված խորհուրդները բժշկական կամ իրավաբանական բնույթի չեն և չեն փոխարինում մասնագետի խորհրդատվությանը: Առողջական վիճակի հետ կապված ցանկացած հարցով պետք է անհապաղ դիմել բժշկի: Մի՛ մերժեք մասնագետների խորհրդատվությունը և մի՛ հետաձգեք բժշկին այցելությունը (եթե անգամ գրքույկում առկա են Ձեր դեպքին համապատասխան տեղեկություններ): Եթե գրքույկում հիշատակված է ինչ-որ սննդատեսակ, ծառայություն կամ բուժման եղանակ, ապա դա չի նշանակում, որ վերջիններս առաջարկվում են Ձեզ ASCO-ի կողմից: ASCO-ն պատասխանատվություն չի կրում այս ուսումնական նյութերի կիրառման հետ կապված՝ անձին կամ ունեցվածքին պատճառված որևէ վնասի, ինչպես նաև սխալների և բացթողումների համար:

Ձեր ուշադրությանն է ներկայացվում Կլինիկական ուռուցքաբանության ամերիկյան միության (ASCO) հրատարակության հայերեն տարբերակը: Ուշագրավն այն է, որ այս տեղեկատվական գրքույկը հարմարեցված և նախատեսված է ոչ պրոֆեսիոնալ լսարանի համար: Վերջին տասնամյակում ուռուցքաբանության բնագավառը զարգանում է աննախադեպ արագ տեմպերով, ներդրվում են ախտորոշման մոլեկուլյար-գենետիկական մեթոդներ, վիրաբուժական միջամտությունների բեկումնային տեխնոլոգիաներ, դեղորայքային բուժման արդիական եղանակներ՝ հիմնված անհատական բժշկության սկզբունքների վրա:

Ժամանակակից գիտության և բժշկության նվաճումները թույլ են տալիս հաջողությամբ բուժել ընդամենը մի քանի տարի առաջ դատավճիռ հանդիսացող քաղցկեղի բազմաթիվ տեսակներ: Սրանով պայմանավորված՝ անչափ մեծ նշանակություն են ձեռք բերում ժամանակակից ուռուցքաբանության հնարավորությունների մասին հիվանդի իրազեկված լինելը, բուժման գործընթացում իր դերի և մասնակցության կարևորության գիտակցումը, բուժող բժշկի հետ համագործակցելը և նրա խորհուրդներին անշեղորեն հետևելը:

Սույն գրքույկն ուռուցքային հիվանդությունների ախտորոշման և բուժման վերաբերյալ օգտաշատ տեղեկություններ է պարունակում և նախապատրաստվել է՝ հաշվի առնելով աշխարհի առաջատար ուռուցքաբանական կենտրոնների բազմամյա և առաջադեմ փորձը: Հասցեագրված լինելով ուռուցքից բուժվող հիվանդներին և նրանց հարազատներին, այն մի յուրօրինակ կոչ է՝ բուժող բժշկի հետ քննարկելու ախտորոշիչ և բուժական միջոցառումների ծրագիրը և բուժման հանդեպ օրգանիզմի հակվածությունը, ինչպես նաև բարձրացնելու հիվանդության և դրա բուժման նորագույն եղանակների մասին տեղեկացվածության մակարդակը:

ՆԱԽԱԲԱՆ



Եթե Ձեր ձեռքում է այս գրքույկը, նշանակում է՝ Դուք կամ Ձեր հարազատները բախվել եք մի հիվանդության, որից, ցավոք, ոչ ոք պահովագրված չէ: Ուռուցքային հիվանդության բուժումը երկար և ոչ դյուրին ճանապարհ է, որը, այնուամենայնիվ, անհրաժեշտ է անցնել. հաղթել հիվանդությանը, վերադարձնել կյանքի նախկին որակը, վերստին ուրախացնել մտերիմներին...

Գրքույկը մի ինքնատիպ «ճանապարհային քարտեզ» է, որի նպատակն է օգնել հիվանդին՝ ուռուցքաբանի հետ արդյունավետ հաղորդակցություն ստեղծելու և առավել լիարժեք պատկերացում ձևավորելու ժամանակակից տեխնոլոգիաների և ախտորոշման ու բուժման մեթոդների վերաբերյալ, որոնցով հագեցած է ուռուցքաբանական ծառայության զինանոցը:

Միաժամանակ, ընթերցողը հնարավորություն է ստանում բացահայտելու ժամանակակից ուռուցքաբանության հնարավորությունների բազմազանությունը, ինչպես նաև ծանոթանալու կրծքագեղձի քաղցկեղի ախտորոշման և բուժման նորարարական տեխնոլոգիաներին, որոնք հասանելի են և գործնականում կիրառելի:

Արթուր Արմենակի Ավետիսյան
Ուռուցքաբանության ազգային կենտրոնի գլխավոր բժիշկ,
ուռուցքաբան, կրծքագեղձի վիրաբույժ, Բ.Գ.Թ.,
«Առողջ կրծքագեղձ» նախագծի հեղինակ



«ԱՌՈՂՋ ԿՐԾՔԱԳԵՂԾ» ՆԱԽԱԳԻԾ. ՔԱՂՑԿԵՂԸ ԴԱՏԱՎՃԻՌ ԶԷ

«Առողջ կրծքագեղծ» նախագիծը ստեղծման օրից ի վեր մեկ նպատակ է հետապնդում. կրթել հայ կնոջը՝ սովորեցնելով նրան հարգել սեփական առողջությունը: Կարևորելով կնոջ դերը յուրաքանչյուր ընտանիքում և, առհասարակ, առողջ հասարակություն ունենալու գործում՝ «Առողջ կրծքագեղծ» նախագիծը ևս մեկ անգամ կոչ է անում. ՀԵՏԵՎԵՔ Ձեր առողջությանը, հետազոտվեք, անգամ եթե որևէ գանգատ չունեք: Տեղին է նշել, որ պետք չէ վախենալ ախտորոշումից, ընդհակառակը. ժամանակին և պարբերաբար հետազոտվելը միակ և ամենաարդյունավետ միջոցն է խուսափելու ուշ հայտնաբերված քաղցկեղի վտանգից:

«Առողջ կրծքագեղծ» նախագծի հեղինակ և հիմնադիր, բժիշկ-ուռուցքաբան Արթուր Ավետիսյանն ի սկզբանե իր գործունեության համար որդեգրել է մեկ սկզբունք՝ ըստ որի բժիշկը պետք է իր պացիենտի «ձեռքից բռնած» ուղեկցի նրան հիվանդության բուժման ողջ ճանապարհին, իսկ բուժումից հետո վերադարձնի նախկին կենսակերպին՝ սովորեցնելով օգնել նաև այլ հիվանդների:

Շուրջ երեք տարի է, ինչ «Առողջ կրծքագեղծ» նախագիծը տրամադրում է կրծքագեղծի առողջության վերաբերյալ անհրաժեշտ տեղեկատվություն, կազմակերպում է խորհրդատվություններ ու վիրահատություններ, նախաձեռնում է մարզային հանդիպումներ, որոնց ընթացքում անցկացվում են նաև անվճար հետազոտություններ և թեմային առնչվող դասախոսություններ: Ամեն տարի գումարվում են բժշկական համաժողովներ արտասահմանից հրավիրված առաջատար մասնագետների մասնակցությամբ, որոնք իրենց փորձով կիսվում են Հայաստանում այս խնդրով զբաղվող բժիշկների հետ: «Առողջ կրծքագեղծ» նախագծի ֆեյսբուքյան էջում և կայքում Դուք կգտնեք Ձեզ հետաքրքրող ամեն բան կրծքագեղծի վերաբերյալ՝ կառուցվածք, հիվանդություններ, դրանց կանխարգելման եղանակներ, ինչպես նաև բժշկին կարող եք ուղղել Ձեզ հուզող հարցերը: Կրծքագեղծի հիվանդությունների ախտորոշման դժվարությունների դեպքում մամոգրաֆիկ նկարների վերաբերյալ հնարավոր է անվճար խորհրդատվություն ստանալ Գերմանիայի և/կամ ԱՄՆ-ի՝ կրծքագեղծի հիվանդությունների ախտորոշման կենտրոնների կողմից. մասնագետները, գննելով մամոգրաֆիկ նկարները, կտան երկրորդ կարծիք, ինչն ընդունված է արևմտյան բոլոր զարգացած երկրներում:

Հասցե՝ Ֆանարջյան փողոց 76, Քանաքեռ,
Ուռուցքաբանության ազգային կենտրոն,
Երևան 0052, Հայաստան

Հեռ՝ (098) 56-15-19, (010) 28-71-52
Էլ. փոստ՝ avetisyandoc@gmail.com

www.breast.am

Facebook՝ [Առողջ Կրծքագեղծ/Breast Health](https://www.facebook.com/BreastHealth) Youtube՝ [Breast Health Project in Armenia](https://www.youtube.com/BreastHealthProjectinArmenia)



«ՀԵՆԱՐԱՆ» ԲԱՐԵԳՈՐԾԱԿԱՆ ՀԻՄՆԱԴՐԱՍ

«ՀԵՆԱՐԱՆ» հիմնադրամը ստեղծվել է Հայաստանում և հետապնդում է սոցիալական, առողջապահական, բարեգործական, կրթական, հանրային իրազեկման, մշակութային և այլ հանրօգուտ նպատակներ: Հիմնադրամի շահառուներն են ուռուցքային հիվանդություններից բուժվող մարդիկ և նրանց ընտանիքների անդամներն ու խնամատարները:

«ՀԵՆԱՐԱՆ» հիմնադրամի առաքելությունն է ակտիվ մասնակցել Հայաստանում ուռուցքային հիվանդությունների դեմ պայքարին, աջակցել քաղցկեղից բուժվող մարդկանց, նպաստել ուռուցքային հիվանդությունների և դրանց հնարավոր կանխարգելման մասին հանրային իրազեկվածության մակարդակի բարձրացմանը, խթանել ուռուցքաբանության ոլորտում գործող հաստատությունների կարողությունների հզորացումը:

«ՀԵՆԱՐԱՆ» հիմնադրամի հիմնական խնդիրներն են՝

1. Կազմակերպել սոցիալ-հոգեբանական, հոգեուռուցքաբանական, իրավաբանական օգնություն քաղցկեղից բուժվող մարդկանց և նրանց ընտանիքների անդամների ու խնամատարների համար:
2. Կարևորելով սկրինինգային ծրագրերը և քաղցկեղի վաղ հայտնաբերման անհրաժեշտությունը՝ նպաստել Հայաստանում կրծքագեղձի քաղցկեղի մամոգրաֆիկ սկրինինգի ներդրմանը և հետագա զարգացմանը՝ համագործակցելով առողջապահության ոլորտի պետական կառույցների, ապահովագրական ընկերությունների, միջազգային կազմակերպությունների, ինչպես նաև այս բնագավառում բարեգործական ծրագրեր իրականացնող մարմինների հետ:
3. Բարձրացնել Հայաստանում ուռուցքային հիվանդությունների, հատկապես կրծքագեղձի քաղցկեղի խնդրի մասին հասարակության իրազեկվածության մակարդակը:
4. Նպաստել քաղցկեղային և նախաքաղցկեղային հիվանդությունների վերաբերյալ գրականության ստեղծմանն ու տպագրությանը, կլինիկական ուղեցույցների կազմմանը, արտասահմանյան կլինիկական ուղեցույցների թարգմանությանն ու տպագրությանը, տեղեկատվության տարածմանն ու փոխանակմանը:
5. Խթանել ուռուցքաբանության ոլորտում գործող հաստատությունների կարողությունների հզորացումը դասընթացների, սեմինարների, համաժողովների և խորհրդաժողովների միջոցով:

Քաղցկեղ ախտորոշման հետ հաշտվելն այնքան էլ հեշտ չէ, և բազմաթիվ հիվանդների ու նրանց ընտանիքի անդամների համար սա դառնում է անհանգստության լուրջ պատճառ: Հաճախ օգտակար է շփվել նմանատիպ այլ հիվանդների, այդ թվում՝ նաև ապաքինվածների հետ, օրինակ՝ «աջակցման խմբի» միջոցով, ինչի հնարավորությունն է ընձեռում «ՀԵՆԱՐԱՆ» հիմնադրամը:

«ՀԵՆԱՐԱՆ» հիմնադրամն այն կառույցն է, որտեղ մշտապես հնարավոր է ստանալ հոգեբանական և իրավաբանական անվճար աջակցություն: Այստեղ Ձեզ կօգնեն հասկանալ՝ ինչպես կողմնորոշվել առողջապահության համակարգում, կներկայացնեն Ձեր իրավունքները և կտրամադրեն համապատասխան խորհրդատուների և կրթական ու տեղեկատվական կենտրոնների կոնտակտային տվյալներ:

Էլ. փոստ՝ henaran.fund@gmail.com
Facebook՝ [Հենարան Հիմնադրամ/Hearan Foundation](https://www.facebook.com/HearanFoundation)
Կայքէջ՝ www.henaran-fund.org

ԿՐԾՔԱԳԵՂՁԻ ՔԱՂՑԿԵՂ

ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ

ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ	9
ՁԵՐ ԲՈՒԺՄԱՆ ՊԱՏԱՍԽԱՆԱՏՈՒՆԵՐԻ ԹԻՄԸ	10
ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ԿՐԾՔԱԳԵՂՁԻ ՔԱՂՑԿԵՂԻ ՄԱՍԻՆ	11
Կրծքագեղձի քաղցկեղի առաջացումը	11
Կրծքագեղձի քաղցկեղի տարածումը	13
Կրծքագեղձի քաղցկեղի գենետիկան	14
ՁԵՐ ԱԽՏՈՐՈՇՄԱՆ ՄԱՍԻՆ	15
Վիզուալ ախտորոշման մեթոդներ	15
Հետազոտության վիրաբուժական մեթոդներ	16
Ուռուցքային հյուսվածքի քննություն	18
Մոլեկուլյար հետազոտություններ	19
Ուռուցքի գենետիկական հետազոտություններ	20
Այլ հետազոտություններ	21
Հիվանդության փուլերը	24
ԿՐԾՔԱԳԵՂՁԻ ՔԱՂՑԿԵՂԻ ԲՈՒԺՈՒՄԸ	30
Վիրահատական բուժում	31
Ճառագայթային բուժում	38
Քիմիաթերապիա	41
Հորմոնալ թերապիա	44
Թիրախային թերապիա	47
Կլինիկական հետազոտություններ	50
Ախտանիշների և կողմնակի ազդեցությունների վերահսկում	52
Բուժման ծրագրի մշակում	55
ԻՆՉՊԵՍ ՀԱՂԹԱՀԱՐԵԼ ԿՈՂՄՆԱԿԻ ԱՉԴԵՑՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ	59
Սոմատիկ կողմնակի ազդեցություններ	59
Հոգեբանական կողմնակի ազդեցություններ	61
ԲՈՒԺՈՒՄԻՑ ՀԵՏՈ ՀԻՎԱՆԴԻ ՀԵՏԱԳԱ ՀՍԿՈՂՈՒԹՅՈՒՆ ԵՎ ՌԵԱԲԻԼԻՏԱՑԻԱ	64
ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԵԶՐՈՒՅԹՆԵՐԻ ԲԱՌԱՐԱՆ	67

ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ

Բազմաթիվ մարդիկ, բժշկի աշխատասենյակում նստած, ամենից շատ վախենում են լսել «քաղցկեղ» բառը: Կանայք պատմում են, որ, ապշահար լինելով «կրծքագեղձի քաղցկեղ» ախտորոշումից, լսելով բժշկին, հաճախ չեն ընկալել և չեն հիշել նրա խոսքը: Այնուամենայնիվ, ախտորոշման ընդունումը հիվանդության դեմ պայքարի կարևորագույն փուլն է:



Հնարավոր է՝ Ձեզ համար ավելի նախընտրելի է բժշկին այցելել հարազատ կամ մտերիմ մարդու հետ: Նրանք ոչ միայն կքաջալերեն, այլև կօգնեն Ձեզ հիշել բուժաշխատողների խոսքերը: «ASCO-ի պատասխաններ» գրքույկը նույնպես կարող է օգտակար լինել: Դրա նպատակն է բացատրել որոշ բժշկական եզրույթներ և ուղղորդել Ձեզ հետևելու Ձեր հիվանդության ախտորոշմանն ու բուժմանը: Գրքույկում Դուք կգտնեք նաև այն հարցերը, որոնք կարող եք հղել Ձեր բժշկին, բուժքրոջը կամ բուժման գործընթացին մասնակից այլ մասնագետի: Հարցերից բացի, հատուկ տեղ է նախատեսված պատասխանների և այլ կարևոր տեղեկությունների գրառման համար: Հետազոտությունների, բժշկական գործողությունների և դեղամիջոցների անվանումների կողքին կան վանդակներ, որոնք կարող եք լրացնել՝ նշագրելով Ձեր բուժման ընթացքը:

Պահպանեք այս տեղեկությունները Ձեզ համար առավել հարմար եղանակով. սա շատ կարևոր է: Հնարավոր է՝ ինչ-որ փաստեր օգնեն Ձեզ ճիշտ որոշումներ կայացնել: Բացի այդ, պետք չէ մոռանալ, թե որքան անհրաժեշտ է Ձեր և Ձեր բժշկի փոխադարձ համագործակցությունը: Երբ Դուք տեղեկացված և հետաքրքրված եք, հարցեր եք ուղղում և քննարկում ծագող խնդիրները, այդ դեպքում առավել հեշտ է լինում լավ հարաբերություններ հաստատել մասնագիտական խմբի հետ: Խոսե՛ք բժշկի և բուժքրոջ հետ այն մասին, թե հատկապես ինչպես եք ցանկանում ստանալ ախտորոշման, բուժման և կանխատեսման (առողջացման հավանականության) մասին տեղեկությունները: Ճշտե՛ք, թե որքան մանրամասն եք ուզում իրազեկված լինել: Մի՛ երկնչեք հարցեր ուղղելուց և մի՛ կաշկանդվեք, որ չգիտեք՝ ինչի մասին հարցնել:

ՁԵՐ ԲՈՒԺՄԱՆ ՊԱՏԱՍԽԱՆԱՏՈՒՆԵՐԻ ԹԻՄԸ

Ուռուցքաբան _____

Կոնսուլտանտ/կոնսուլտանտի տնօրեն _____

Վիրաբույժ/վիրաբույժ-ուռուցքաբան _____

Կոնսուլտանտ/կոնսուլտանտի տնօրեն _____

Քիմիաթերապևտ _____

Կոնսուլտանտ/կոնսուլտանտի տնօրեն _____

Ճատագայթային թերապևտ _____

Կոնսուլտանտ/կոնսուլտանտի տնօրեն _____

Պլաստիկ վիրաբույժ _____

Կոնսուլտանտ/կոնսուլտանտի տնօրեն _____

Ընդհանրական բժշկ/թերապևտ _____

Կոնսուլտանտ/կոնսուլտանտի տնօրեն _____

Բուժքույր _____

Կոնսուլտանտ/կոնսուլտանտի տնօրեն _____

ԱՅԼ ՄԱՍՆԱԳԵՏՆԵՐ

Անուն, ազգանուն _____

Մասնագիտություն _____

Կոնսուլտանտ/կոնսուլտանտի տնօրեն _____

Անուն, ազգանուն _____

Մասնագիտություն _____

Կոնսուլտանտ/կոնսուլտանտի տնօրեն _____

ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ԿՐԾՔԱԳԵՂՁԻ ՔԱՂՑԿԵՂԻ ՄԱՍԻՆ

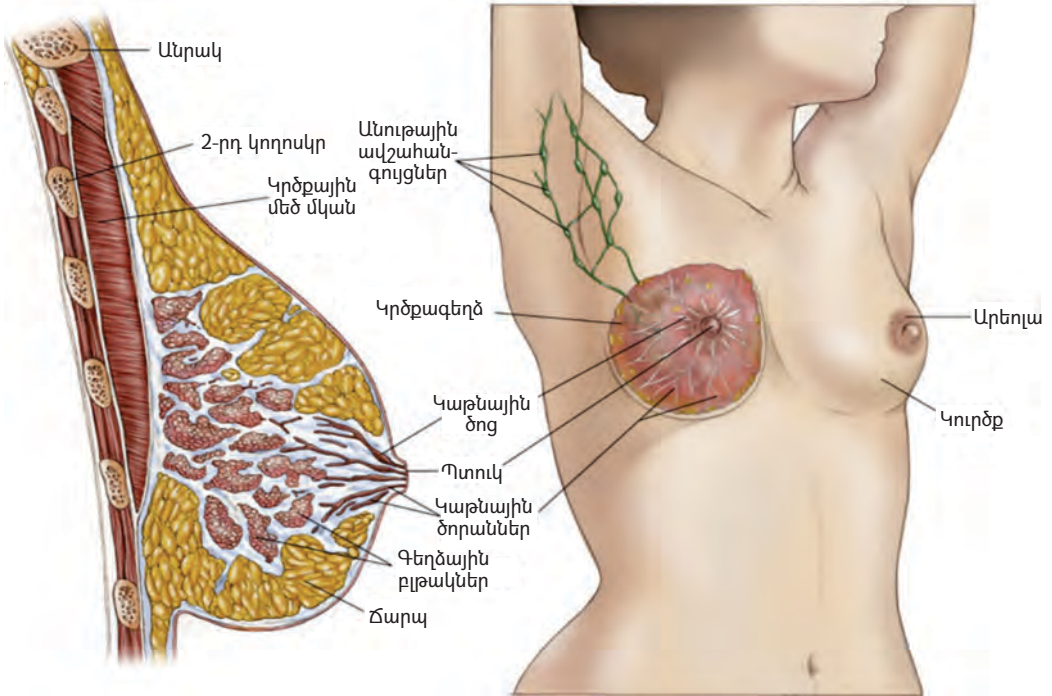
Կրծքագեղձը հիմնականում բաղկացած է ճարպային հյուսվածքից, որը շրջապատում է գեղձային հյուսվածքի «կղզյակները» (բլթերը): Բլթերն իրենց հերթին կազմված են ավելի փոքր մասնիկներից՝ բլթակներից: Բլթակներում գտնվում են բջիջներ, որոնք ապահովում են կաթնարտադրությունը լակտացիայի ժամանակ: Բլթերից և բլթակներից ձգվում են բարակ ու ճյուղավորված «խողովակներ»՝ ծորաններ, որոնցով կաթը հասնում է դեպի պտուկ: Պտուկը գտնվում է մաշկի պիգմենտավորված տարածքի (ծծակամերձ շրջան կամ արեոլա) կենտրոնում: Կրծքագեղձում առկա են բազմաթիվ արյունատար և ավշային անոթներ: Արյան միջոցով բջիջներին են հասնում օգտակար նյութերը, իսկ ավշային համակարգով դուրս են բերվում նյութափոխանակության նյութերը: Ավշային անոթները ձգվում են մինչև ավշային հանգույցներ՝ լրբաձև օրգաններ, որոնք կարևոր դեր ունեն օրգանիզմի համար ինֆեկցիայի դեմ պայքարի գործում:

**Կանանց շրջանում
հանդիպող չարորակ
նորագոյացությունների
շարքում կրծքագեղձի
քաղցկեղն
ամենատարածված
ուռուցքային
հիվանդությունն է
(բացառությամբ մաշկի
ուռուցքների), սակայն
տղամարդկանց մոտ
ևս այն կարող է
ախտորոշվել (1%-ից
էլ քիչ դեպքերում):**



Կրծքագեղձի քաղցկեղի առաջացումը

Քաղցկեղի առաջացումը սկսվում է այն պահից, երբ նորմալ բջիջները ենթարկվում են փոփոխության և նրանց աճը դառնում է անկառավարելի: Այս ձևափոխված բջիջներից է ձևավորվում գոյացությունը, որը կոչվում է ուռուցք: Վերջինս կարող է լինել բարորակ կամ չարորակ: Բարորակը չի տարածվում դեպի այլ օրգաններ ու հյուսվածքներ և գործնականում չի սպառնում հիվանդի կյանքին: Ի տարբերություն դրա, չարորակը, ընդհա-



կառակը, կարող է տարածվել առաջացման տեղից դեպի մարմնի այլ հատվածներ:

Ավելի հաճախ կրծքագեղձի քաղցկեղը սկիզբ է առնում ծորաններում, հազվադեպ՝ նաև բլթակներում: Գրեթե 75% դեպքերում կրծքագեղձի քաղցկեղը զարգանում է ծորանները ներսից պատող բջիջներից և կոչվում է ծորանային քաղցկեղ: Բլթակներում առաջացած քաղցկեղը կոչվում է բլթակային: Քաղցկեղի տեսակը որոշում է պատմորֆոլոգը՝ հիվանդությունների լաբորատոր ախտորոշման մեջ մասնագիտացած բժիշկը: Նա հետազոտում է ինչպես բջիջները, հյուսվածքները, օրգանները՝ ախտորոշման ճշգրտությունը որոշելու համար, այնպես էլ ուռուցքի այն մասնիկները, որոնք ստացվում են բիոպսիայի արդյունքում:

Եթե նորագոյացությունը դուրս է եկել ծորանի/բլթակի սահմաններից և տարածվել շրջակա հյուսվածքում, ապա դա կոչվում է ինվազիվ կամ ինֆիլտրատիվ ծորանային/բլթակային քաղցկեղ: Այն ուռուցքը, որը դուրս չի եկել ծորանի կամ բլթակի սահմաններից, կոչվում է *in situ* քաղցկեղ, որը նշանակում է ուռուցք «տեղում»: Վերջինս առավելապես լինում է ծորանային: Այսօրվա դրությամբ ուռուցքաբանները խորհուրդ են տալիս վիրահատական միջամտությամբ հեռացնել *in situ* քաղցկեղը, որպեսզի այն չվերածվի ինվազիվ տեսակի և չտարածվի կրծքագեղձում կամ այլ օրգաններում: Երբեմն ծորանային *in situ* քաղցկեղը կարիք է ունենում ճառագայթային և հորմոնալ թերապիայի:

Բլթակային *in situ* քաղցկեղն ըստ էության չի համարվում չարորակ ուռուցք: Սովորաբար, այս հիվանդության դեպ-

քում բավարար են լինում բժշկի կանոնավոր գննումը և վիզուալ ախտորոշման հետազոտությունները: Մեկ կրծքագեղձում բլթակային *in situ* քաղցկեղն ինվազիվ քաղցկեղի ռիսկի գործոն է համարվում երկու կրծքագեղձի համար: Այդ ռիսկը նվազեցնելու նպատակով բլթակային *in situ* քաղցկեղի դեպքում երբեմն հորմոնալ թերապիա է նշանակվում:

Գոյություն ունեն նաև կրծքագեղձի քաղցկեղի ավելի հազվադեպ տեսակներ՝ մեդուլյար, մուցինոզ, տուբուլյար, մետապլաստիկ, պապիլյար և այլ առավել հազվադեպ ենթատիպեր: Մոտավորապես 1-5% դեպքերում հանդիպում է կրծքագեղձի քաղցկեղի բորբոքային տեսակը՝ շատ արագ զարգացող և տարածվող: Սկզբնական շրջանում այն կարող է շփոթվել և սխալմամբ ախտորոշվել որպես կրծքագեղձի ինֆեկցիա, քանի որ նկատվում են կրծքագեղձի հանկարծակի հայտնված այտուց և մաշկի կարմրություն, բայց գոյացությունը բացակայում է: Պեջեթի քաղցկեղն այն տեսակն է, որը զարգանում է պտուկի ծորաններում: Այս դեպքում հնարավոր է պտուկի թեփոտում, երբեմն էլ՝ քոր: Չնայած նրան, որ սովորաբար Պեջեթի քաղցկեղն *in situ* քաղցկեղ է, երբեմն այն կարող է նաև ինվազիվ լինել: Կրծքագեղձի քաղցկեղի հազվադեպ հանդիպող նշված տեսակները ներկայացված չեն այս գրքույկում:

Կրծքագեղձի քաղցկեղի տարածումը

Կրծքագեղձի չարորակ ուռուցքի աճի ընթացքում ուռուցքային բջիջները կարող են անջատվել՝ արյունատար ու ավշային

անոթներով հասնելով մարմնի այլ հատվածներ: Այս գործընթացում, որը կոչվում է մետաստազավորում, բջիջները, հայտնվելով այլ հյուսվածքում կամ օրգանում, սկսում են անկանոն կերպով կիսվել՝ սկիզբ դնելով նոր ուռուցքների առաջացմանը: Սովորաբար, կրծքագեղձի քաղցկեղի առաջնային տարածումը տեղի է ունենում դեպի շրջակա ավշահանգույցներ:

Ուռուցքային բջիջները կարող են կրծքագեղձից էլ ավելի հեռու տարածվել ու հասնել ոսկրերին, թոքերին և լյարդին: Ավելի հազվադեպ՝ կրծքագեղձի քաղցկեղը մետաստազավորում է դեպի գլխուղեղ: Անկախ նրանից, թե դեպի որ օրգանն է մետաստազավորում ուռուցքը, այն կոչվում է ըստ սկզբնական ծագման օրգանի կամ հյուսվածքի: Օրինակ՝ եթե կրծքագեղձի քաղցկեղի բջիջները հայտնվել են թոքերում, այն անվանում են կրծքագեղձի մետաստատիկ քաղցկեղ (բայց ոչ թոքի քաղցկեղ):

Կարևոր է հասկանալ, որ անկախ ուռուցքի տեղակայումից և չափերից, ինչպես նաև մյուս օրգաններում դրա տարածվածության աստիճանից, բոլոր դեպքերում գոյություն ունեն կրծքագեղձի քաղցկեղը բուժելու կամ դրա աճը զսպելու եղանակներ:

Կրծքագեղձի քաղցկեղի գենետիկան

Կրծքագեղձի քաղցկեղից բուժվող կանանց շրջանում հիմնականում չի հայտնաբերվում որևէ ռիսկի գործոն և նույնիսկ ժառանգական նախատրամադրվածություն (այսինքն՝ նրանց ընտանեկան պատմության մեջ այսպիսի հիվանդության դեպք երբևէ չի գրանցվել): Այնուամենայնիվ, 5-10% դեպքերում կրծքագեղձի քաղցկեղը լինում է գեների մուտացիայի (փոփոխման) հետևանքով, որը ժառանգվում է սերնդից սերունդ: Այլ կերպ ասած, կրծքագեղձի քաղցկեղը կարող է հանդես գալ նաև որպես ժառանգական հիվանդություն և առկա լինել ընտանիքում, եթե առաջին կարգի հարազատների (մոր, քույրերի և եղբայրների, զավակների) կամ այլ արյունակից բարեկամների (տատիկների, մորաքույրերի/հորաքույրերի, քրոջ/եղբոր դուստրերի, թոռնուհիների կամ զարմուհիների) մոտ ախտորոշվել է ձվարանների կամ կրծքագեղձի քաղցկեղ՝ հատկապես մինչև 50 տարեկան հասակը:

Կրծքագեղձի քաղցկեղի բարձր ռիսկի հետ կապված՝ հայտնի են մի քանի գեներ, բայց դրանցից առավել հաճախ հանդիպում են երկուսը՝ կրծքագեղձի քաղցկեղի գեներ 1 և 2 (*BRCA1* և *BRCA2*): Դրանցից յուրաքանչյուրում առաջացած մուտացիան բարձրացնում է կրծքագեղձում և ձվարաններում քաղցկեղի զար-

գացման ռիսկը: Գեների նման մուտացիա ժառանգած տղամարդկանց շրջանում բարձրանում է կրծքագեղձի և շագանակագեղձի քաղցկեղի առաջացման ռիսկը:

Այս գեներում նման մուտացիայի առկայությունը պարզելու համար հարկավոր է կատարել արյան հատուկ անալիզ՝ գենետիկական հետազոտություն: Սակայն, ոչ բոլորն են ենթարկվում նման գենետիկական հետազոտության, այլ միայն ռիսկային խմբին պատկանող կանայք, իսկ բուն հետազոտությունն իրականացվում է գենետիկական խորհրդատվությունից հետո միայն:

ՀԱՐՑԵՐ, ՈՐՈՆՔ ԿԱՐՈՂ ԵՔ ՈՒՂՂԵԼ ԲԺՇԿԻՆ

- Ովքեր են լինելու իմ բուժման պատասխանատուների թիմի անդամները: Ի՞նչ է անելու մասնագետներից յուրաքանչյուրը:
- Եթե իմ ընտանիքում եղել են կրծքագեղձի քաղցկեղի դեպքեր, ապա ի՞նչ հավանականությամբ կարելի է իմ հիվանդությունը համարել ժառանգական (գենետիկական):
- Արդյո՞ք ինձ անհրաժեշտ է գենետիկական խորհրդատվություն: Իսկ իմ կին հարազատներին:
- Որտեղի՞ց կարող եմ ավելին իմանալ կրծքագեղձի քաղցկեղի մասին:

ՆՇՈՒՄՆԵՐԻ ՀԱՄԱՐ

ՁԵՐ ԱՆՏՈՐՈՇՄԱՆ ՄԱՍԻՆ

Սովորաբար, հետազոտվելու առիթ է հանդիսանում կրծքագեղձում արտասովոր գոյացության առկայությունը, որը հայտնաբերվում է բժշկի կամ հենց կնոջ կողմից ինքնազննման ժամանակ: Կրծքագեղձի քաղցկեղի կասկած կարող է առաջանալ նաև սկրինինգային մամոգրաման ուսումնասիրելիս, երբ դրա վրա երևում են պաթոլոգիկ միկրոկալցինատներ (կալցիումի շատ մանր կուտակումներ): Նման դեպքերում բժիշկը լրացուցիչ հետազոտություններ և միջամտություններ է նշանակում: Դրանք անհրաժեշտ են՝ պարզելու, արդյո՞ք հայտնաբերված գոյացությունը չարորակ ուռուցք է, և եթե այո, ապա որքան է այն տարածվել:



Սակայն, դա չի նշանակում, որ յուրաքանչյուր կին պետք է անցնի հնարավոր բոլոր հետազոտությունները: Դրանք նշանակվում են բժշկի կողմից անհատական սկզբունքով՝ հաշվի առնելով այնպիսի գործոններ, ինչպիսիք են հիվանդի տարիքը, ընդհանուր առողջական վիճակը, հիվանդության ախտանիշները և նախորդ հետազոտությունների արդյունքները:

Վիզուալ ախտորոշման մեթոդներ

▣ Մամոգրաֆիա

Մամոգրաֆիան կրծքագեղձերի ռենտգեն հետազոտություն է, որի ժամանակ ստացված ռենտգենյան նկարները կոչվում են մամոգրամաներ: Դրանց վրա հնարավոր է տեսնել անգամ փոքր ուռուցքները կամ կրծքագեղձի կառուցվածքի շեղումները: Ախտորոշիչ մամոգրաֆիան սկրինինգային մամոգրաֆիայից տարբերվում է միայն մամոգրամաների ավելի մեծ քանակությամբ: Ախտորոշիչ մամոգրաֆիան հաճախ կատարվում է այն ժամանակ, երբ կինը որևէ փոփոխություն է նկատում իր կրծքագեղձում (օրինակ՝ երբ շոշափվում է գոյացություն կամ պտուկից առկա է արտադրություն): Սկրինինգային մամոգրամայի վրա հայտնաբերված փոփոխությունները, որոնք քաղցկեղի կասկած են առաջացնում, նույնպես կարող են առիթ հանդիսանալ ախտորոշիչ մամոգրաֆիա կատարելու:

▣ Ուլտրաձայնային հետազոտություն (սոնոգրաֆիա)

Ուլտրաձայնային հետազոտության (ՈւՁՀ) ժամանակ կրծքագեղձի հյուսվածքի պատկերը ստանում են բարձր հաճախականության ձայնային ալիքների կիրառմամբ: ՈւՁՀ-ն թույլ է տալիս տարբերակել պինդ գոյացությունը (ինարավոր քաղցկեղային ուռուցքը) հեղուկով լի կիստայից (որը, սովորաբար, քաղցկեղ չէ):

▣ Մագնիսառեզոնանսային տոմոգրաֆիա

Մագնիսառեզոնանսային տոմոգրաֆիայի (ՄՌՏ) ժամանակ օրգանների մանրամասն պատկերները ստանում են ոչ թե ռենտգենյան ճառագայթների, այլ մագնիսային դաշտերի կիրառմամբ: Հնարավոր քաղցկեղի ավելի հստակ պատկերը ստանալու նպատակով կիրառվում է կոնտրաստային նյութ՝ հատուկ լուծույթ, որը ներմուծվում է երակների կամ բերանի միջոցով (խմելով): Կրծքագեղձերի ՄՌՏ կարող է նշանակվել արդեն կրծքագեղձի քաղցկեղի ախտորոշումը կայացնելուց հետո: Նման դեպքերում հետազոտության նպատակն է որոշել ուռուցքի տարածվածության աստիճանը և գնահատել մյուս կրծքագեղձի վիճակը: Կրծքագեղձի ՄՌՏ-ն ունի նաև այլ հստակ ցուցումներ:

Հետազոտության վիրաբուժական մեթոդներ

Կրծքագեղձի քաղցկեղի ախտորոշման վիրաբուժական մեթոդներից ամենահաճախ կիրառվողը բիոպսիան է. դա այնպիսի միջամտություն է, որի ժամանակ կրծքագեղձից վերցնում են հյուսվածքի մի հատված՝ մանրադիտակով հետազոտելու: Կրծքագեղձի քաղցկեղի առկայության մասին կարելի է կասկածել զանազան հետազոտությունների արդյունքում, սակայն միայն բիոպսիան է թույլ տալիս հստակ ախտորոշել այդ հիվանդությունը: Գոյություն ունեն բիոպսիայի տարբեր տեսակներ, որոնք տարբերվում են տեխնիկայես և/կամ բիոպսիայի ժամանակ կիրառվող ասեղի ձևով ու չափերով:

▣ Բարակասեղային ասպիրացիոն բիոպսիա

Այս միջամտության ժամանակ (որը նաև կոչվում է պունկցիա) կրծքագեղձում կասկածելի գոյացությունից բարակ ասեղով դուրս են բերվում մի խումբ բջիջներ:

▣ Հաստասեղային (տրեպան) բիոպսիա

Բիոպսիայի այս տեսակի ժամանակ կիրառվում է հատուկ հաստ ասեղ, ինչը թույլ է տալիս ստանալ հյուսվածքի ավելի մեծ հատված: Սովորաբար, բիոպսիայի հենց այս տեսակն է նախընտրելի՝ պարզելու զննման ժամանակ կամ մամոգրաֆիայի, ՄՌՏ-ի կամ սոնոգրաֆիայի արդյունքում հայտնաբերված գոյացության

բնույթը: Վակուումի կիրառմամբ ասպիրացիան թույլ է տալիս ստանալ հյուսվածքի մի քանի համեմատաբար մեծ հատվածներ: Տիան և ցավոտ զգացողությունները մեղմելու նպատակով հաստասեղային բիոպսիան կատարվում է տեղային անզգայացմամբ:

▣ Վիզուալ հսկողությամբ բիոպսիա

Այս միջամտությունը կատարվում է, երբ առկա ուռուցքը չի շոշափվում, սակայն երևում է վիզուալ հետազոտության ժամանակ, օրինակ՝ մամոգրամայի վրա: Այս պրոցեդուրայի ընթացքում ասեղի դիրքը և տեղաշարժը կրծքագեղձում ուղղորդվում են վիզուալ ախտորոշման մեթոդներով՝ մամոգրաֆիայի, սոնոգրաֆիայի կամ ՄՌՏ-ի օգնությամբ: Ստերեոտակտիկ բիոպսիայի ժամանակ ասեղի օպտիմալ դիրքը հատկորոշվում է մամոգրաֆիայի կիրառմամբ: Վիզուալ ախտորոշման մեթոդների օգնությամբ բիոպսիան կարող է կատարվել բարակ ասեղով (պունկցիա), հաստ ասեղով (տրեպան) կամ էլ վակուումային ասեղով՝ կախված նրանից, թե ինչ քանակությամբ հյուսվածք է հարկավոր ստանալ հետազոտության համար: Բիոպսիայի ժամանակ բժիշկը կարող է փոքրիկ մետաղական մարկեր (ամրակ) տեղադրել կրծքագեղձում: Եթե հետագայում պարզ դառնա, որ ուռուցքը չարորակ է և անհրաժեշտ է վիրահատություն, ապա այդ ամրակը ցույց կտա, թե հատկապես որ հատվածից է վերցվել նմուշը:

▣ Վիրաբուժական բիոպսիա

Բիոպսիայի այս տեսակը թույլ է տալիս հետազոտության նպատակով ուռուցքից առավել մեծ չափով հյուսվածք վերցնել: Վիրահատության ժամանակ կատարվող բիոպսիան կարող է լինել ինցիզիոն (հեռացվում է ուռուցքի մի մասը) կամ էքսցիզիոն (ուռուցքը հեռացվում է ամբողջությամբ): Առավել նպատակահարմար է վիրահատությունը կատարել այն դեպքում, երբ առկա է քաղցկեղի հստակ ախտորոշում, ուստի այս մեթոդը հիմնականում խորհուրդ չի տրվում կիրառել կրծքագեղձի քաղցկեղն ախտորոշելու համար: Այդ առումով, առավելապես կիրառվում է ոչ վիրաբուժական հաստասեղային (տրեպան) բիոպսիան, որի դեպքում անհրաժեշտ է ընդամենը մեկ վիրաբուժական միջամտություն՝ ուռուցքը և ավշահանգույցները հեռացնելու համար:



Ուռուցքային հյուսվածքի հետազոտություն

Բիոպսիայի ժամանակ ստացված հյուսվածքը կոչվում է բիոպտատ: Պատումորֆոլոգը մանրադիտակի օգնությամբ մանրակրկտորեն ուսումնասիրում է բիոպտատը: Նման հետազոտությամբ պարզ է դառնում, թե կրծքագեղձի հատկապես որ մասնիկներում է առաջացել ուռուցքը (ծորաններում, թե՛ բլթակներում), և արդյո՞ք դա դուրս է եկել այդ գոտու սահմաններից և տարածվել շրջակա հյուս-

վածքում (ինվազիվ քաղցկեղ, թե՛ *in situ* քաղցկեղ): Բացի դրանից, բժիշկը գնահատում է ուռուցքի չարորակության աստիճանը, այսինքն՝ որքանո՞վ են ուռուցքային բջիջները տարբերվում կրծքագեղձի նորմալ բջիջներից: Եթե ուռուցքը հեռացված է, ապա պատումորֆոլոգը լրացուցիչ հետազոտում է դրա մասնահատման եզրերը: Այս քննությամբ նա պարզում է՝ կա՞ն, արդյո՞ք, քաղցկեղային բջիջներ ուռուցքի սահմաններից դուրս և եթե կան, ապա ինչ հեռավորության վրա են գտնվում:

ՀԱԿԻՐՃ՝ ԱԽՏՈՐՈՇՄԱՆ ՄԱՍԻՆ

ԿՐԾՔԱԳԵՂՁԻ ՔԱՂՑԿԵՂԻ ՏԵՍԱԿՆԵՐ

- **Ծորանային քաղցկեղ.** կաթնային ծորաններում առաջացող քաղցկեղ:
- **Բորբոքային քաղցկեղ.** հազվադեպ հանդիպող հիվանդություն, որի ժամանակ քաղցկեղային բջիջները խցանում են կրծքագեղձի մաշկի ավշային անոթները:
- **Բլթակային քաղցկեղ.** կրծքագեղձի բլթակներում առաջացող քաղցկեղ:
- **Մեդուլյար քաղցկեղ.** ինվազիվ ծորանային քաղցկեղի քիչ հանդիպող տեսակ, որն իր անվանումն ստացել է այն պատճառով, որ քաղցկեղային բջիջներն արտաքնապես նման են գլխուղեղին:



- **Մետապլաստիկ քաղցկեղ.** քաղցկեղի հազվադեպ հանդիպող տեսակ, որի դեպքում ուռուցքը բաղկացած է այնպիսի բջիջներից, որոնք բնորոշ չեն կրծքագեղձին և հիշեցնում են մկանային, աճառային կամ ոսկրային բջիջներ:
- **Մուցինոզ քաղցկեղ.** ինվազիվ ծորանային քաղցկեղի քիչ հանդիպող տեսակ, որի բջիջները լորձ են արտադրում:
- **Պեշեթի քաղցկեղ.** կրծքագեղձի՝ վաղ շրջանի քաղցկեղի հազվադեպ հանդիպող տեսակ, որն ախտահարում է պտուկի ու ծծակամերձ շրջանի մաշկը:
- **Պապիլյար քաղցկեղ.** կրծքագեղձի քաղցկեղի հազվադեպ հանդիպող տեսակ, որը նման է ծորանային *in situ* քաղցկեղին:
- **Տուբուլյար քաղցկեղ.** ինվազիվ ծորանային քաղցկեղի քիչ հանդիպող տեսակ, որի ժամանակ քաղցկեղային բջիջները փոքրիկ խողովակներ են կազմում:
- **Այլ տեսակ**

ՏԱՐԱԾՎԱԾՈՒԹՅՈՒՆ

- ***In situ* քաղցկեղ.** ուռուցքը չի տարածվել այն գոտու սահմաններից դուրս, որտեղ այն առաջացել է: Բառացիորեն *in situ* նշանակում է «տեղում»:
- **Ինվազիվ/ինֆիտրատիվ քաղցկեղ.** ուռուցքը տարածվել է իր առաջացման գոտու սահմաններից դուրս՝ «ներխուժելով» հարակից հյուսվածքներ:

Մոլեկուլյար հետազոտություններ

Ձեր բժիշկը կարող է որոշել բիոպսիայի արդյունքում ստացված ուռուցքի նմուշը ենթարկել լրացուցիչ լաբորատոր հետազոտության՝ պարզելու այն առանձնահատուկ գեները, սպիտակուցները և այլ գործոններ, որոնք հատուկ են այդ ուռուցքին: Այդպիսով՝ բիոպսատի լրացուցիչ հետազոտության արդյունքների հիման վրա ընտրվում է առավել արդյունավետ բուժում: Կրծքագեղձի ինվազիվ քաղցկեղը խորությամբ գնահատելու համար կիրառվում են ստանդարտ հետազոտություններ՝ էստրոգեն ռեցեպտորի (ER), պրոգեստերոն ռեցեպտորի (PR),

HER2 և Ki67 հետազոտությունները: ER կարգավիճակը հաճախ որոշվում է նաև ծորանային *in situ* քաղցկեղի համար:



□ Էստրոգեն և պրոգեստերոն նեցեպտորների կարգավիճակի որոշում

Կրծքագեղձի քաղցկեղի բջիջները 75-80% դեպքերում պարունակում են էստրոգեն և/կամ պրոգեստերոն նեցեպտորներ: Վերոնշյալ նեցեպտորներով կրծքագեղձի քաղցկեղային բջիջների աճը կախված է էստրոգեն և/կամ պրոգեստերոն հորմոններից: Իմանալով, թե ինչպիսի նեցեպտորներ է պարունակում ուռուցքը, ավելի հեշտ է գնահատել հիվանդության կրկնության հավանական ռիսկը (բուժումից հետո) և ընտրել այն նվազեցնող բուժում: Ընդհանուր առմամբ, էստրոգենային (ER) և/կամ պրոգեստերոնային (PR) նեցեպտորներ պարունակող ուռուցքները լավ են ենթարկվում հորմոնալ թերապիայի, սակայն մի շարք դեպքերում անցկացվում է նաև քիմիաթերապիա:

□ HER2 կարգավիճակի որոշում

HER2-ը մարդու էպիդերմալ աճի գործոնի 2-րդ տիպի նեցեպտոր է: Մոտավորապես 20-25% դեպքերում կրծքագեղձի քաղցկեղի բջիջներում այս նեցեպտորի գենի կոպիաների քանակը բարձր է լինում նորմայից: Այդ գենը պատասխանատու է ուռուցքի աճը խթանող սպիտակուցի սինթեզի համար: Հետևաբար՝ այն ուռուցքները, որոնք պարունակում են HER2 գենի կոպիաների կամ HER2 սպիտակուցային նեցեպտորի մեծ քանակություն, մեծանում են սովորականից արագ և կոչվում են HER2-դրական ուռուցքներ: Իմանալով ուռուցքի HER2 կարգավիճակը՝ կարելի է ընտրել օպտի-

մալ բուժում՝ պարզելով, արդյո՞ք կոնկրետ դեղամիջոցը կօգնի բուժել քաղցկեղը: Գոյություն ունեն մի շարք դեղամիջոցներ, որոնք մշակվել են հատուկ HER2-դրական ուռուցքների համար, մասնավորապես՝ տրաստուգումաբ, լապատինիբ, պերտուգումաբ: HER2-դրական ուռուցքների մոտ 50%-ն ունի նաև հորմոնային նեցեպտորներ, ուստի հիվանդները կարող են օգտվել բուժման երկու տեսակից:

□ Ki67

Ki67-ը չափում է ուռուցքային բջիջների աճելու ու բազմանալու արագությունը և կոչվում է ուռուցքի աճի արագություն: Որոշ դեպքերում Ki67-ը կարող է կիրառվել՝ նպաստելու բուժման պլանավորմանը կամ հիվանդի ապաքինվելու հնարավորության գնահատմանը: Սակայն, հետազոտության ճշգրտությունը կախված է մի շարք գործոններից՝ հետազոտությունն իրականացնող լաբորատորիայից, հետազոտության մեթոդից և ուռուցքի հետազոտվող հատվածից:

Ուռուցքի գենետիկական հետազոտություններ

Գենետիկական հետազոտություններն անցկացվում են՝ հնարավորինս մանրամասն ուսումնասիրելու կրծքագեղձի ուռուցքի բնույթը, հատկապես այն դեպքում, երբ դա դեռ չի տարածվել այլ օրգաններում: Գենետիկական հետազոտությամբ ուռուցքային բջիջներում հայտնաբերվում են հատուկ գեներ (ոչ այն գեները, որոնք առկա են առողջ

բջիջներում և ժառանգվում են ծնողներին (հից): Հետազոտության արդյունքները թույլ են տալիս ընտրել ամենաարդյունավետ բուժումը, ինչպես նաև գնահատել հիվանդության կրկնության հավանականությունը:

□ **Oncotype DX™**

Oncotype DX™ հետազոտությամբ որոշվում են քաղցկեղի հետ փոխկապակցված 16 և 5 սովորական (ռեֆերենս) գեներ: Դրա արդյունքում ստացվող թիվը՝ հիվանդության կրկնության ինդեքսը, գնահատում է ախտորոշման պահից մինչև 10 տարի ընկած ժամանակահատվածում հեռավոր օրգաններում հիվանդության կրկնության ռիսկը, այսինքն՝ կրծքագեղձի քաղցկեղի ուռուցքային բջիջները (մետաստազները) երբ կարող են հայտնվել այլ օրգաններում՝ լյարդ, թոքեր, ոսկրեր և այլն: Oncotype DX™ հետազոտությունը կիրառվում է այն հիվանդների դեպքում, որոնք ունեն առանց ավշահանգույցների ախտահարման I-II փուլի ER դրական կրծքագեղձի քաղցկեղ և ստանում են միայն հորմոնալ բուժում: Սովորաբար, այս հետազոտությունն իրականացվում է՝

պարզելու քիմիաթերապիայի անհրաժեշտությունը՝ հորմոնալ թերապիային զուգահեռ:

□ **Mammaprint™**

Այս հետազոտությամբ որոշվում է 70 գեն: Այն կիրառվում է ցածր ռիսկով վաղ քաղցկեղի կրկնության հավանականությունը պարզելու նպատակով: Սակայն, դեռևս հայտնի չէ, արդյո՞ք հնարավոր է Mammaprint™ հետազոտությամբ կանխատեսել քիմիաթերապիայի արդյունավետությունը:

Այլ հետազոտություններ

Բժիշկը կարող է նշանակել լրացուցիչ հետազոտություններ՝ արյան անալիզներ, սոնոգրաֆիա, համակարգչային տոմոգրաֆիա և այլն՝ պայմանավորված կրծքագեղձում և ավշահանգույցներում քաղցկեղի տարածվածության աստիճանով, հիվանդի ընդհանուր առողջական վիճակով, ախտանիշներով, ուղեկցող հիվանդություններով, զննման արդյունքներով:

ՄՈՒԵԿՈՒԼՅԱՐ-ԳԵՆԵՏԻԿԱԿԱՆ ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԱՐԴՅՈՒՆՔՆԵՐԸ

ԷՍՏՐՈԳԵՆ ՌԵՑԵՊՏՈՐՆԵՐԻ ԿԱՐԳԱՎԻՃԱԿ

□ **Դրական (ER+)**. ուռուցքի աճը կախված է էստրոգեններից, ուռուցքը, սովորաբար, զգայուն է հորմոնալ թերապիայի նկատմամբ:

□ **Բացասական (ER-)**. ուռուցքի աճը կախված չէ էստրոգեններից, ուռուցքը, սովորաբար, զգայուն չէ հորմոնալ թերապիայի նկատմամբ:

ՊՐՈԳԵՍՏԵՐՈՆ ՌԵՑԵՊՏՈՐՆԵՐԻ ԿԱՐԳԱՎԻՃԱԿ

- **Դրական (PR+)**. ուռուցքի աճը կախված է պրոգեստերոնից, ուռուցքը, սովորաբար, զգայուն է հորմոնալ թերապիայի նկատմամբ:
- **Բացասական (PR-)**. ուռուցքի աճը կախված չէ պրոգեստերոնից, ուռուցքը, սովորաբար, զգայուն չէ հորմոնալ թերապիայի նկատմամբ:

HER2 ԿԱՐԳԱՎԻՃԱԿ

- **Դրական (HER2+)**. ուռուցքային բջիջներում առկա է HER2 սպիտակուցի ավելցուկ կամ HER2 գենի կոպիաների չափազանց մեծ քանակ:
- **Բացասական (HER2-)**. ուռուցքային բջիջներում չկա HER2 սպիտակուցի ավելցուկ, HER2 գենի կոպիաների քանակը նորմալի սահմաններում է:
- **Հարկավոր է լրացուցիչ հետազոտություն**. հնարավոր չէ հանգել միանշանակ/ստույգ եզրակացության:

ԾԱՆՈԹԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե վերոնշյալ բոլոր երեք հետազոտությունների արդյունքները բացասական են, ապա հիվանդությունը կոչվում է կրծքագեղձի եռակի բացասական քաղցկեղ: Վերջինս կրծքագեղձի ինվազիվ քաղցկեղների շարքում կազմում է մոտ 15% և տարբերվում է աճի ու տարածման բարձր արագությամբ՝ ի տարբերություն դրական ռեցեպտորներով հորմոնների նկատմամբ զգայուն քաղցկեղների:

□ Ki67

- **10%-ից ցածր**. քաղցկեղի աճի ցածր արագություն
- **10%-ից մինչև 20%**. քաղցկեղի աճի միջանկյալ/սահմանային արագություն
- **20%-ից բարձր**. քաղցկեղի աճի բարձր արագություն

ONCOTYPE DX™

- **Հիվանդության կրկնության ռիսկը (RS) ցածր է 18 բալլից**. կրկնության ցածր ռիսկ
- **Հիվանդության կրկնության ռիսկը (RS) 18-31 բալլ**. կրկնության չափավոր ռիսկ
- **Հիվանդության կրկնության ռիսկը (RS) բարձր է 31 բալլից**. կրկնության բարձր ռիսկ

MAMMAPRINT™

- **Բարձր ռիսկ**
- **Ցածր ռիսկ**

Հիվանդության փուլերը

Կրծքագեղձի քաղցկեղի ախտորոշումը հաստատելու հետ մեկտեղ որոշվում է նաև հիվանդության փուլը: Հիվանդությունն ըստ փուլերի բաժանման նպատակն է նկարագրել ուռուցքի տեղակայումն ու չափերը, պարզել՝ արդյո՞ք այն տարածվել է դեպի շրջակա հյուսվածքներ (եթե այո, ապա ստույգ որ հյուսվածքները) կամ ախտահարել մարմնի մյուս օրգանները: Սովորաբար, հիվանդության փուլը վերջնականորեն կարելի է որոշել բոլոր անհրաժեշտ հետազոտությունները կատարելուց հետո: Հիվանդության ճշգրիտ փուլն իմանալը շատ կարևոր է, քանի որ դա օգնում է բժշկին կազմել բուժման առավել արդյունավետ ծրագիր և ավելի ստույգ կանխատեսել բուժման արդյունքը:

Հիվանդության փուլերը որոշվում են 0-4 (կամ հռոմեական I-IV) թվային սանդղակով:

0 փուլ. ուռուցքը գտնվում է միայն կրծքագեղձի ծորաններում և/կամ բլթակներում և չի տարածվում դեպի շրջակա հյուսվածքներ: Այսպիսի ուռուցքը կոչվում է նաև *in situ* կամ ոչ ինվազիվ քաղցկեղ:

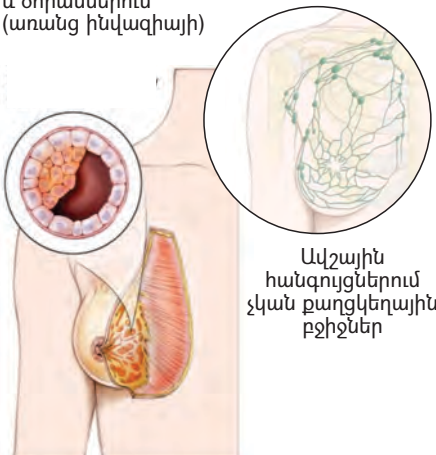
IA փուլ. ուռուցքը փոքր չափեր ունի և ինվազիվ է, տարածվում է շրջակա հյուսվածքներում, բայց չի ախտահարում ավշահանգույցները:

IB փուլ. ուռուցքային բջիջների փոքրաթիվ քանակությունը ներթափանցել է անոթային (թևատակի) ավշահանգույցներ՝ կազմելով բջիջների փոքր խմբավորումներ՝ 0.2մմ չափը գերազանցող, բայց ոչ ավելի, քան 2.0մմ: Միաժամանակ, ուռուցքը կրծքագեղձում կարող է չհայտնաբերվել կամ ունենալ մինչև 20մմ չափ:

0 փուլ

Քաղցկեղ *in situ*

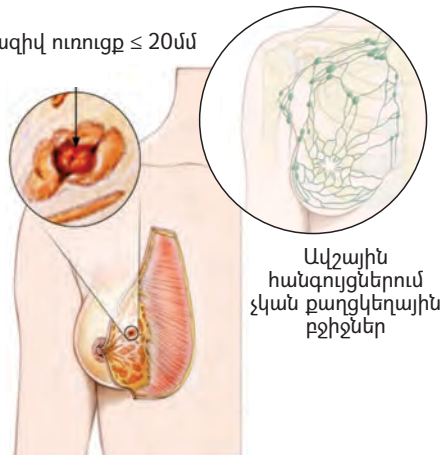
Քաղցկեղային բջիջներ միայն բլթակներում և ծորաններում (առանց ինվազիայի)



Ավշային հանգույցներում չկան քաղցկեղային բջիջներ

IA փուլ

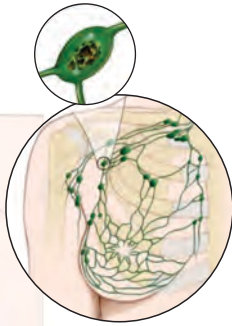
Ինվազիվ ուռուցք ≤ 20 մմ



Ավշային հանգույցներում չկան քաղցկեղային բջիջներ

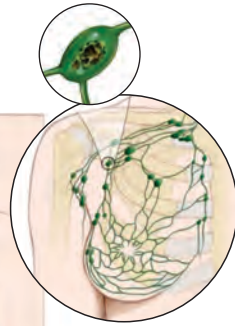
IB փուլ

Կրծքագեղձում
ուռուցք չի
հայտնաբերվում



Անութային
ավշահանգույցներում
միկրոմետաստազներ
> 0.2մմ և < 2մմ

Ինվազիվ
ուռուցք ≤ 20մմ



Անութային
ավշահանգույցներում
միկրոմետաստազներ
> 0.2մմ և < 2մմ

IIA փուլ. ուռուցքն ունի հետևյալ առանձնահատկություններից որևէ մեկը՝

- ուռուցքը կրծքագեղձում չի հայտնաբերվում, բայց անութային ավշահանգույցներում առկա է քաղցկեղային ախտահարում,
- ուռուցքը չի գերազանցում 20մմ-ը և տարածվել է դեպի անութափոսի ավշահանգույցները,
- ուռուցքի չափերը 20-50մմ են, սակայն չկա տարածվածություն դեպի անութափոսի ավշահանգույցներ:

IIA փուլ

Կրծքագեղձում
ուռուցք չի
հայտնաբերվում



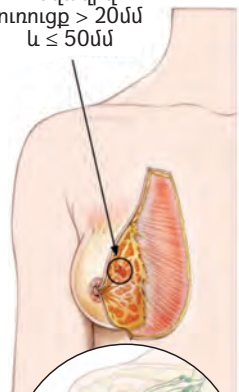
1-3 ախտահարված
անութային ավշահանգույց

Ինվազիվ
ուռուցք ≤ 20մմ



1-3 ախտահարված
անութային ավշահանգույց

Ինվազիվ
ուռուցք > 20մմ
և ≤ 50մմ

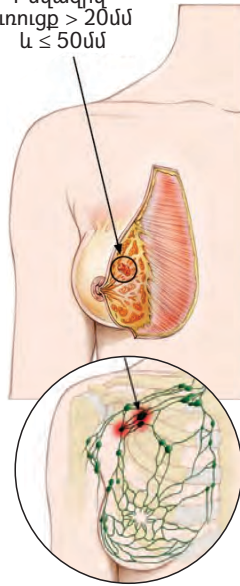


Ավշային հանգույցներում չկան
քաղցկեղային բջիջներ

II B փուլ. ուռուցքն ունի հետևյալ առանձնահատկություններից որևէ մեկը՝

- ուռուցքի չափերը 20-50մմ են, և այն տարածվել է անոթափոսի 1-3 ավշահանգույցներում,
- ուռուցքը գերազանցում է 50մմ չափը, բայց այն չի տարածվել դեպի անոթափոսի ավշահանգույցները:

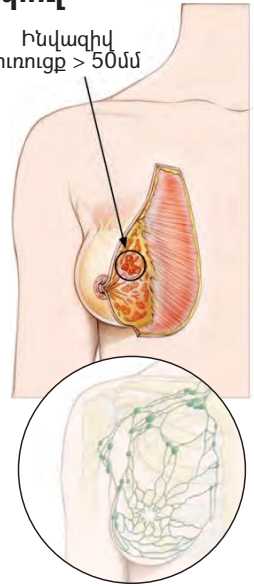
Ինվազիվ ուռուցք > 20մմ և ≤ 50մմ



1-3 ախտահարված անոթային ավշահանգույցներ

II B փուլ

Ինվազիվ ուռուցք > 50մմ

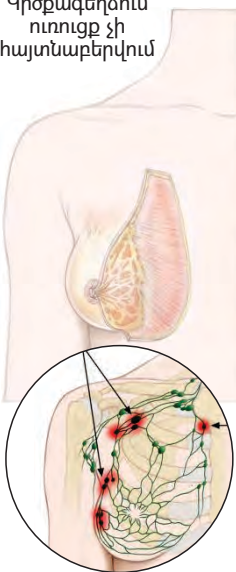


Ավշային հանգույցներում չկան քաղցկեղային բջիջներ

III A փուլ. անոթափոսում առկա են 4-9 ախտահարված ավշահանգույցներ, իսկ ուռուցքը կարող է լինել ցանկացած չափի՝ չտարածվելով մարմնի այլ հատվածներում: Եթե ախտահարված են անոթափոսի միայն 1-3 ավշահանգույցները, իսկ ուռուցքի չափը գերազանցում է 50մմ չափը, ապա այն նույնպես դասվում է III A փուլին:

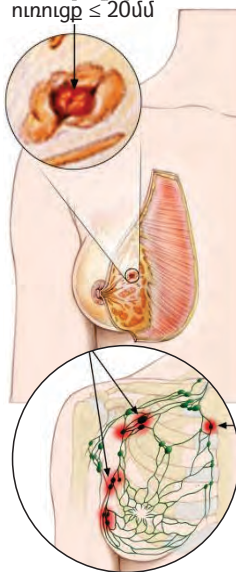
III A փուլ

Կրծքագեղձում ուռուցք չի հայտնաբերվում

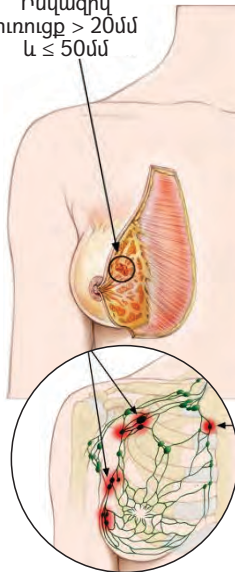


4-9 ախտահարված անոթային ավշահանգույցներ կան ախտահարված ներկրծքային ավշահանգույցներ (առանց անոթային ավշահանգույցների ընդգրկման)

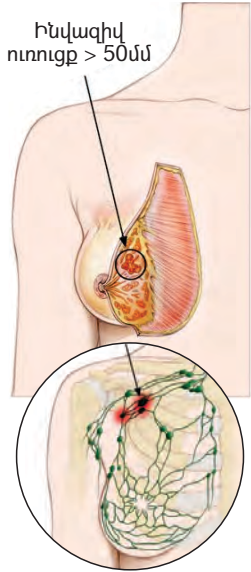
Ինվազիվ ուռուցք ≤ 20մմ



Ինվազիվ ուռուցք > 20մմ և ≤ 50մմ



Ինվազիվ ուռուցք > 50մմ



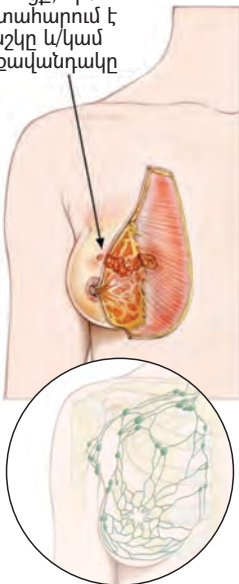
1-3 ախտահարված անոթային ավշահանգույցներ

IIIB փուլ. ուռուցքը տարածվում է կրծքավանդակի առաջնային պատին, առկա են կրծքագեղձի այտուց և/կամ վերքային մակերես: Բորբոքային քաղցկեղը նույնպես դասվում է IIIB փուլին: Ուռուցքը կարող է տարածվել կամ չտարածվել անութափոսի ավշահանգույցներում, բայց էականը մարմնի այլ հատվածներում չտարածվածությունն է:

IIIC փուլ. ուռուցքը կարող է ցանկացած չափի լինել, բայց այն տարածվել է անութափոսի և/կամ այլ շրջանի 10 և ավելի ավշահանգույցներում: Ուռուցքը դեռ չի տարածվել մարմնի հեռավոր հատվածներում:

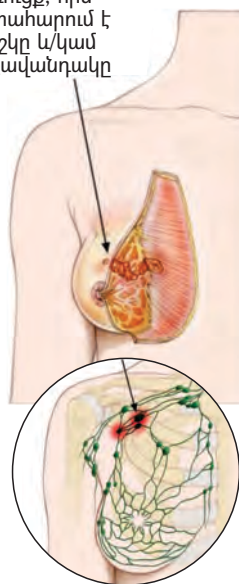
IIIB փուլ

Որևէ չափի ուռուցք, որն ախտահարում է մաշկը և/կամ կրծքավանդակը



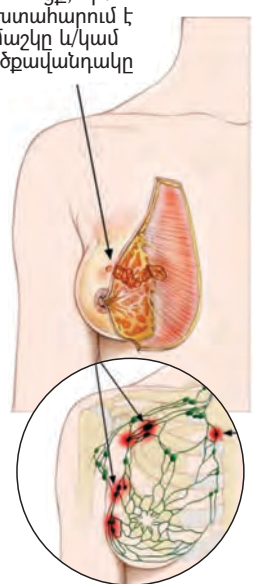
Ավշային հանգույցներում չկան քաղցկեղային բջիջներ

Որևէ չափի ուռուցք, որն ախտահարում է մաշկը և/կամ կրծքավանդակը



1-3 ախտահարված անութային ավշահանգույցներ

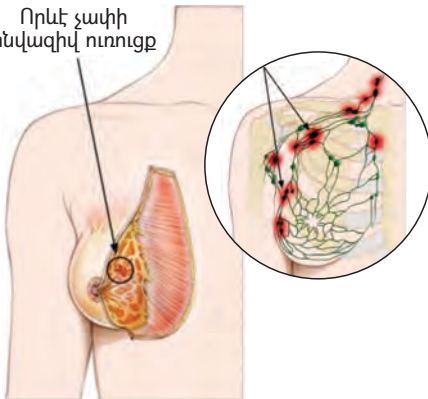
Որևէ չափի ուռուցք, որն ախտահարում է մաշկը և/կամ կրծքավանդակը



4-9 ախտահարված անութային ավշահանգույցներ կամ ախտահարված ներկրծքային ավշահանգույցներ (առանց անութային ավշահանգույցների ընդգրկման)

IIIC փուլ

Որևէ չափի ինվազիվ ուռուցք



10-ից ավելի ախտահարված անութային ավշահանգույցներ կամ

Ախտահարված ստորանրակային ավշահանգույցներ կամ

Ախտահարված վերանրակային ավշահանգույցներ կամ

Ախտահարված ներկրծքային ավշահանգույցներ և առնվազն մեկ անութային ավշահանգույց

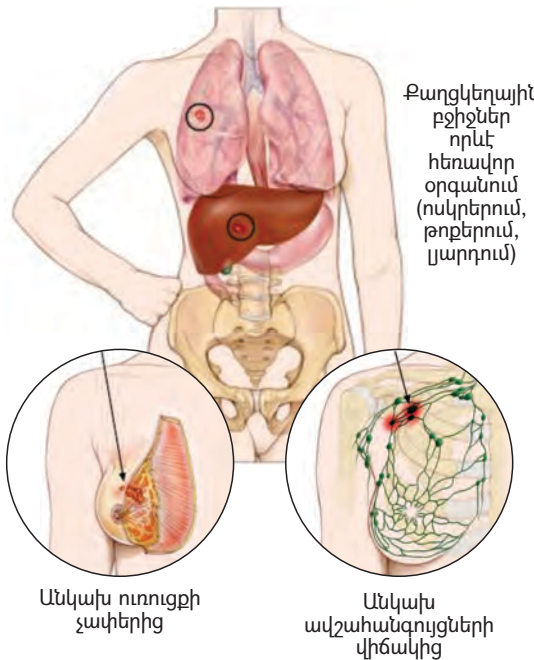
IV փուլ (մետաստատիկ քաղցկեղ).

ուռուցքը կարող է լինել ցանկացած չափի, սակայն բնորոշ առանձնահատկությունը տարածվածությունն է այլ օրգաններում (ոսկրերում, թոքերում, լյարդում կամ գլխուղեղում), հեռավոր ավշահանգույցներում կամ դեպի կրծքավանդակի առաջնային պատը:

Կրկնվող (ռեցիդիվոզ) քաղցկեղ.

կրծքագեղձի քաղցկեղ, որը կրկին հայտնվում է անցկացված բուժումից որոշ ժամանակ անց:

IV փուլ



ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ ՓՈՒԼԸ ԵՎ ՉԱՐՈՐԱԿՈՒԹՅԱՆ ԱՍՏԻՃԱՆԸ

ՓՈՒԼԵՐ

- 0 փուլ
- IA փուլ
- IB փուլ
- IIA փուլ
- IIB փուլ
- IIIA փուլ
- IIIB փուլ
- IIIC փուլ
- IV փուլ (մետաստատիկ քաղցկեղ)
- Հիվանդության կրկնություն

ՉԱՐՈՐԱԿՈՒԹՅԱՆ ԱՍՏԻՃԱՆ

- GX. հնարավոր չէ որոշել, չարորակության անորոշ աստիճան:
- G1. ուռուցքն իր կառուցվածքով մոտ է կրծքագեղձի նորմալ հյուսվածքին, բարձր դիֆերենցված քաղցկեղ, չարորակության ցածր աստիճան:
- G2. ուռուցքն ունի կրծքագեղձի առողջ հյուսվածքի որոշ նշաններ, չափավոր դիֆերենցված քաղցկեղ, չարորակության միջին աստիճան:
- G3. ուռուցքն զգալիորեն տարբերվում է կրծքագեղձի առողջ հյուսվածքից, ցածր դիֆերենցված քաղցկեղ, չարորակության բարձր աստիճան:

ԿՐԾՔԱԳԵՂՁԻ ՔԱՂՅԿԵՂԻ ԲՈՒԺՈՒՄԸ

Քաղցկեղի բուժմանը մասնակցում են տարբեր մասնագիտացման բժիշկներ, որոնք միասին մշակում են բուժման առավել արդյունավետ ծրագիր՝ տարբեր մեթոդների ընդգրկմամբ: Այն, թե բուժման ինչ եղանակներ կարող է առաջարկել Ձեզ բժիշկը, կախված է մի շարք գործոններից՝ հիվանդության փուլ, քաղցկեղի չարորակության և տարածվածության աստիճան, տարիք և ընդհանուր առողջական վիճակ, դաշտանային ֆունկցիա, ER, PR, HER2, Ki67 կարգավիճակ, կրծքագեղձի ժառանգական քաղցկեղի՝ գեներում (BRCA1 կամ BRCA2) մուտացիաների առկայություն: Բուժման ընդհանուր ծրագիրը պետք է ներառի նաև հնարավոր կողմնակի ազդեցությունների բուժման մեթոդներ:

Բժիշկը կարող է Ձեզ առաջարկել մասնակցել որևէ կլինիկական հետազոտության՝ գիտական ծրագրի, որն ուսումնասիրում է բուժման նոր եղանակներ, դրանց արդյունավետությունն ու անվտանգությունը, ինչպես նաև բուժման ընդունված եղանակների համեմատ դրանց առավելությունը:

Կարևոր է բժշկի հետ նախապես քննարկել բուժման նպատակները, հնարավոր կողմնակի բարդությունները, դրա ազդեցությունը կյանքի որակի վրա, ինչպես նաև բուժման արդյունավետության աստիճանը: Բժշկի հետ զրույցը կարելի է սկսել հետևյալ հարցերով.

- Բուժման ինչ եղանակներ են ինձ ցուցված:
- Բավարար է արդյո՞ք բուժման մեկ եղանակը:
- Բուժման ի՞նչ ծրագիր եք նախատեսել ինձ համար և ինչո՞ւ:
- Ո՞րն է Ձեր կողմից առաջարկվող բուժման նպատակը՝ ոչնչացնել ուռուցքը, թեթևացնել հիվանդության ախտանիշները, թե՞ այս երկուսը միաժամանակ:
- Որքան կտևի իմ բուժման կուրսը:
- Ե՞րբ է անհրաժեշտ կայացնել որոշում բուժումը սկսելու վերաբերյալ:

ԻՄ ԲՈՒԺՄԱՆ ԾՐԱԳԻՐԸ

- Վիրահատական բուժում
- Ճառագայթային թերապիա
- Քիմիաթերապիա
- Թիրախային թերապիա
- Հորմոնալ թերապիա
- Կլինիկական հետազոտություն
- Պալիատիվ/սիմպտոմատիկ թերապիա

ԲՈՒԺՄԱՆ ՆՊԱՏԱԿՆԵՐԸ

- Ուռուցքի ոչնչացում
- Ուռուցքի աճի/տարածման դանդաղեցում
- Ուռուցքի փոքրացում
- Ախտանիշների մեղմացում
- Կողմնակի ազդեցությունների հսկում
- Այլ _____



Վիրահատական բուժում

Կրծքագեղձի քաղցկեղի ախտորոշմամբ հիվանդի բուժումը հաճախ սկսվում է վիրահատությունից, որի ժամանակ կրծքագեղձից հեռացվում է ուռուցքը և/կամ գնահատվում է ավշային հանգույցների վիճակը: Վիրահատությունը կատարում է վիրաբույժ-ուռուցքաբանը, որը զբաղվում է քաղցկեղի վիրահատական բուժմամբ: Վիրահատական միջամտության նպատակն է հեռացնել ուռուցքը և այն շրջապատող առողջ հյուսվածքից որոշակի հատված (մասնահատման եզրերը): Որքան փոքր է ուռուցքը, այնքան լայն են վիրահատական բուժման հնարավորությունները: Կրծքագեղձի քաղցկեղի վիրահատական բուժման հիմնական տեսակները ներկայացված են ստորև:

□ Լամպեկտոմիա

Այս վիրահատության ժամանակ հեռացվում են ուռուցքը և այն շրջապատող առողջ հյուսվածքից (ուռուցքով չախտահարված) մի փոքր հատված: Կրծքագեղձի մեծ մասը պահպանվում է: Ինվազիվ

և ծորանային *in situ* քաղցկեղի դեպքում ուռուցքի հեռացումից հետո, սովորաբար, ճառագայթային բուժում է նշանակվում: Լամպեկտոմիան նաև անվանում են կրծքագեղձի օրգանապահպան վիրահատություն, մասնակի մաստէկտոմիա կամ սեկտորալ մասնահատում:

□ Մաստէկտոմիա

Մաստէկտոմիայի դեպքում կուրծքը հեռացվում է ամբողջությամբ: Երբեմն դա կարելի է միաժամանակ համակցել ռեկոնստրուկտիվ (պլաստիկ) վիրահատության հետ: Գոյություն ունեն մաստէկտոմիայի մի քանի տեսակներ, որոնցից որոշների պարագայում հնարավոր է պահպանել մաշկն ու պտուկը:

Բացի այդ, վիրահատության ժամանակ որոշվում է՝ կան արդյո՞ք մետաստազներ մոտակա ավշահանգույցներում: Սա կարևոր է օպտիմալ բուժում ընտրելու համար: Դեպի ավշային հանգույցներ հոսում է ավիշ՝ թափանցիկ հեղուկ, որը դուրս է գալիս բոլոր օրգաններից և հյուսվածքներից: Քանի որ ավիշը կրծքագեղ-

ձից հոսում է դեպի մոտակա ավշային հանգույցներ, ապա քաղցկեղային բջիջները, անջատվելով ուռուցքից, կարող են հասնել այդ ավշահանգույցներին՝ նախքան ուռուցքի հեռացումը: Այս դեպքում հիվանդությունն անվանում են ավշահանգույցների ախտահարմամբ (մետաստազներով) կրծքագեղձի քաղցկեղ: Իսկ այն պարագայում, երբ ավշային հանգույցներում չկան քաղցկեղային բջիջներ, կրծքագեղձի քաղցկեղը կոչվում է առանց ավշահանգույցների ախտահարման (մետաստազների) քաղցկեղ:

Վիրահատական բուժման ընտրությունը կախված է բազմաթիվ գործոններից, այդ թվում՝ ուռուցքի տեսակից, ինչպես նաև նախքան վիրահատությունն ավշային հանգույցներում մետաստազների նշանների առկայության հանգամանքից: Հնարավոր են հետևյալ մոտեցումները.

□ Պահակային ավշահանգույցի բիոպսիա

Պահակային ավշահանգույցների բիոպսիայի ժամանակ վիրաբույժը գտնում և թևատակից հեռացնում է պահակային ավշահանգույցները (սովորաբար, 1-3), որոնց կրծքագեղձից դուրս եկող ավիշն

առաջինն է հասնում: Որպես կանոն, պահակային ավշահանգույցներն առաջինն են ընդունում ուռուցքից անջատված քաղցկեղային բջիջները: Պատոմորֆոլոգը, զննելով հեռացված պահակային ավշահանգույցները, պարզում է դրանցում քաղցկեղային բջիջների առկայությունը: Վիրահատության ընթացքում պահակային ավշահանգույցները հայտնաբերելու նպատակով վիրաբույժը նախապես ուռուցքի և/կամ պտուկի շրջանում ներարկում է հատուկ ներկանյութ և/կամ ռադիոակտիվ նյութ՝ հետքացուցիչ: Ներկանյութ/հետքացուցիչն առաջին հերթին հասնում է պահակային ավշահանգույցներ, որոնք փոխում են իրենց գույնը (եթե ներկանյութ է ներարկվել) կամ ճառագայթներ արձակում (եթե հետքացուցիչ է ներարկվել):

Հետազոտությունները ցույց են տալիս, որ եթե պահակային ավշահանգույցներում չկան մետաստազներ, ապա ամենայն հավանականությամբ, դրանք բացակայում են նաև մնացած ավշային հանգույցներում, և, հետևաբար, դրանք հեռացնելու կարիք չի լինում: Եթե, այնուամենայնիվ, պահակային ավշահանգույցներում հայտնաբերվում են քաղցկեղային բջիջներ, վիրաբույժը կարող է հեռացնել անութափոսի որոշ կամ բոլոր ավշային հանգույցները, որոնք նույնպես զննվում են ուռուցքային բջիջներ հայտնաբերելու նպատակով: Վիրաբույժի գործողությունները կախված են բազմաթիվ գործոններից՝ նախատեսվող վիրահատության ծավալ (լամպեկտոմիա կամ մաստեկտոմիա), քաղցկեղի փուլ, պահակային ավշահանգույցներում մետաստազների չափեր:



□ Անութային լիմֆոդիսեկցիա (թևատակի ավշահանգույցների հեռացում)

Անութային լիմֆոդիսեկցիայի ժամանակ վիրաբույժը հեռացնում է թևատակի բոլոր ավշահանգույցները, որից հետո պատոմորֆոլոգը պարզում է՝ կան արդյո՞ք քաղցկեղային բջիջներ հեռացված ավշային հանգույցներում: Հետազոտությունները ցույց են տվել, որ կրծքագեղձի քաղցկեղի վաղ փուլերում և պահակային ավշահանգույցներում քաղցկեղային բջիջների փոքր խմբերի հայտնաբերման դեպքում անութային լիմֆոդիսեկցիա կատարելու անհրաժեշտություն չի լինում: Եթե ուռուցքային գոյացությունը մեծ չէ, և մետաստազներ են հայտնաբերվել ոչ ավելի, քան երկու հեռացված պահակային ավշահանգույցներում, ապա անութափոսի բոլոր ավշահանգույցների հեռացման կարիք չկա: Նման հիվանդների դեպքում կատարվում է լամպեկտոմիա, և կիրառվում է ճառագայթային բուժում: Պահպանելով թևատակի ավշային հանգույցները՝ կարելի է նվազեցնել վիրահատական բուժման որոշ կողմնակի բարդությունների հավանականությունը՝ միաժամանակ չնվազեցնելով ապրելիության ցուցանիշը:

Վիրահատությունից հետո (լամպեկտոմիա կամ մաստեկտոմիա) փոխվում են կրծքագեղձի ձևը և/կամ չափերը, և մնում է հետվիրահատական սպի: Հեռացված հատվածի հյուսվածքները կարող են ավելի պնդանալ: Եթե անութային ավշահանգույցներ են հեռացվել, կամ դրանք տուժել են ճառագայթային բուժումից, ապա կարող է զարգանալ լիմֆեդեմա (դաստակի և/կամ ամբողջ ձեռքի այտուց): Այս բարդության առաջացման ռիսկը պահպանվում է ամբողջ կյանքի ընթացքում:

Լիմֆեդեման զարգանում է, երբ խախտվում է ավշի բնականոն հոսքը, ինչի հետևանքով ձեռքի հյուսվածքներում հեղուկ է կուտակվում: Դա կարող է տեղի ունենալ վիրահատությունից անմիջապես հետո կամ, ավելի հաճախ, զարգանալ ամիսներ և անգամ տարիներ անց՝ բուժման ավարտից հետո և տևել տարիներ: Խոսք է գրծկի կամ բուժքրոջ հետ այն մասին, թե ինչպես կարելի է նվազեցնել այս բարդության ռիսկը, ինչ ախտանիշներ կարող են ի հայտ գալ, և ինչպես կարելի է հաղթահարել դրանք:

ՀԱԿԻՐԾ՝ ՎԻՐԱՀԱՏԱԿԱՆ ԲՈՒԺՄԱՆ ՄԱՍԻՆ

ՄԱՍՆԱՀԱՏՄԱՆ ԵՋՐԵՐ

- **Բացասական՝** վիրահատության ժամանակ հեռացված հյուսվածքների եզրերում ուռուցքային բջիջներ չեն հայտնաբերվել:
- **Դրական՝** վիրահատության ժամանակ հեռացված հյուսվածքների եզրերում հայտնաբերվել են ուռուցքային բջիջներ:
- **Կասկածելի՝** ուռուցքային բջիջներ հայտնաբերվել են վիրահատության ժամանակ հեռացված հյուսվածքների եզրերին մոտ:

ԱՎՇԱՀԱՆԳՈՒՅՑՆԵՐԻ ԱԽՏԱՀԱՐՈՒՄ

□ **Կրծքագեղձի քաղցկեղ՝** ավշային հանգույցների մետաստատիկ ախտահարմամբ. ավշային հանգույցներում առկա են ուռուցքային բջիջներ:

□ **Կրծքագեղձի քաղցկեղ՝** առանց ավշային հանգույցների մետաստատիկ ախտահարման. ավշային հանգույցներում չկան ուռուցքային բջիջներ:

ՀԱՐՑԵՐ ՎԻՐԱՀԱՏԱԿԱՆ ԲՈՒԺՄԱՆ ՄԱՍԻՆ, ՈՐՈՆՔ ԿԱՐՈՂ ԵՔ ՈՒՂԴԵԼ ԲԺՇԿԻՆ

- Արդյո՞ք ինձ ցուցված է լամպեկտոմիա (օրգանապահպան վիրահատություն): Ինչո՞ւ:
- Կփոխվեն արդյո՞ք կրծքագեղձի ձևն ու չափերը լամպեկտոմիայից հետո: Այն կտարբերվի՞ մյուս կրծքագեղձից:
- Եթե կատարվի լամպեկտոմիա, կկարողանամ արդյո՞ք երեխա ունենալու դեպքում կերակրել այդ կրծքով:
- Արդյո՞ք ինձ ցուցված է մաստէկտոմիա: Եթե այո, ապա խորհուրդ կտամք ինձ միաժամանակ կատարել ռեկոնստրուկտիվ (պլաստիկ) վիրահատություն: Որո՞նք են այս մոտեցման դրական և բացասական կողմերը:
- Արդյո՞ք հարկավոր է հեռացնել թևատակի ավշային հանգույցները: Կկատարվի՞, արդյոք, պահակային ավշահանգույցների բիոպսիա: Եթե ոչ, ապա դրա փոխարեն կկատարվի, արդյոք, անոթային լիմֆոդիսեկցիա:
- Որքան ժամանակ կմնամ հիվանդանոցում:
- Արդյո՞ք կպահպանվի հեռացված ուռուցքը: Եթե այո, ապա որտեղ և ինչքան ժամանակ:
- Իմ դեպքում կամ, արդյոք, լիմֆեդեմայի զարգացման հավանականություն: Եթե այո, ապա ինչպե՞ս կարելի է նվազեցնել դա:
- Ո՞ր հատվածում է լինելու սպին: Ի՞նչ տեսք կունենա այն:
- Ինչպիսի՞ն կլինի ցավը վիրահատությունից հետո: Ինչպե՞ս կարելի է մեղմել այն:
- Կանդրադառնա արդյո՞ք վիրահատությունը ձեռքիս ֆունկցիայի վրա: Եթե այո, ապա որքան ժամանակ կտևի դա: Արդյո՞ք հնարավոր է ֆիզիոթերապիայի կարիք առաջանա:

ՆՇՈՒՄՆԵՐԻ ՀԱՄԱՐ

**ՈՒԿՈՆՍՏՐՈՒԿՏԻՎ
(ՎԵՐԱԿԱՆԳՆՈՂԱԿԱՆ)
ՎԻՐԱՀԱՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԵՎ
ԿՐԾՔԱԳԵՂԶԻ ՊՐՈԹԵԶԱՎՈՐՈՒՄ**

Կրծքագեղձի ամբողջական հեռացումից հետո կանայք իրենց այնքան էլ հմայիչ չեն զգում և ամաչում են իրենց արտաքին տեսքի համար: Այդ իսկ պատճառով նրանցից շատերը ցանկանում են կատարել վերականգնողական վիրահատություն՝ կրծքագեղձի բնական տեսքը վերադարձնելու և վերստին իրենց կանացի ու հմայիչ զգալու նկատառումներով: Սովորաբար, մաստէկտոմիայից հետո հնարավոր է կատարել վերականգնողական վիրահատություն, իսկ լամպէկտոմիայից հետո դրա կարիքը հիմնականում չի լինում:

Կրծքագեղձը վերականգնելու նպատակով օգտագործվում է արհեստական իմպլանտ, կամ դա կատարվում է Ձեր մարմնի այլ հյուսվածքներից: Կախված Ձեր ցանկությունից և բուժման ծրագրից՝ վերականգնողական վիրահատությունը կարելի է կատարել մաստէկտոմիայի հետ միաժամանակ կամ ավելի ուշ՝ մի քանի ամիս, անգամ տարիներ անց: Ընդհանուր առմամբ, ավելի լավ արդյունքի կարելի է հասնել, եթե կրծքագեղձի վերականգնումը կատարվում է կուրծքը հեռացնելու հետ միաժամանակ, քանի դեռ մաշկը և փափուկ հյուսվածքները չեն հասցրել պնդանալ ու ձգվել սպիով: Սակայն, եթե վիրահատական բուժումից հետո նախատեսվում է անցկացնել նաև ճառագայթային թերապիա, հնարավոր է, Ձեզ խորհուրդ տան հետաձգել կրծքագեղձի վերականգնումը:

Եթե չեք ցանկանում կրծքագեղձի վերականգնողական վիրահատության ենթարկվել, կամ անհրաժեշտ է հետաձգել այդ գործընթացը, ապա կարող եք օգտվել կրծքագեղձի արտաքին պրոթեզից: Նման պրոթեզներն անհատականորեն են պատրաստվում, և օգնում են պահպանել կրծքի արտաքին տեսքը, ապահովում են կրծկալի ճիշտ դիրքն այնպես, որ արտաքինից չի երևում կնոջ կրծքի վիրահատված լինելը:

**ՀԱՐՑԵՐ ԿՐԾՔԱԳԵՂԶԻ
ՎԵՐԱԿԱՆԳՆՈՂԱԿԱՆ
ՎԻՐԱՀԱՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԵՎ
ՊՐՈԹԵԶԱՎՈՐՄԱՆ ՄԱՍԻՆ, ՈՐՈՆՔ
ԿԱՐՈՂ ԵՔ ՈՒՂԴԵԼ ԲԺՇԿԻՆ**

- Վերականգնողական վիրահատության դր տեսակն է նախընտրելի իմ դեպքում: Ինչո՞ւ: Որո՞նք են դրա առավելություններն ու թերությունները:
- Արդյո՞ք այն չի խանգարի քիմիաթերապիային կամ ճառագայթային բուժմանը:
- Երբ կարելի է կատարել իմ կրծքագեղձի վերականգնողական վիրահատությունը:
- Ի՞նչ արդյունք կարող եմ ակնկալել:
- Կարո՞ղ եք ցուցադրել նման վիրահատական արդյունքների լուսանկարներ:
- Ի՞նչ տեսք կստանա կրծքագեղձը վերականգնումից հետո: Կհամընկնեն, արդյո՞ք, դրա և մյուս կրծքագեղձի չափերն ու ձևը:

Ճառագայթային բուժում

Ճառագայթային թերապիայի ժամանակ ուռուցքային բջիջները ոչնչացվում են ռենտգենյան ճառագայթների կամ բարձր ինտենսիվությամբ այլ մասնիկների միջոցով: Կրծքագեղձի քաղցկեղի բուժման համար գոյություն ունեն ճառագայթային թերապիայի երեք հիմնական տեսակներ, որոնցից յուրաքանչյուրի կիրառման ձևը տարբեր է: Այն բժիշկը, որը մասնագիտացել է ուռուցքների ճառագայթային բուժման մեջ, կոչվում է ճառագայթային ուռուցքաբան:

□ Հեռահար ճառագայթային թերապիա

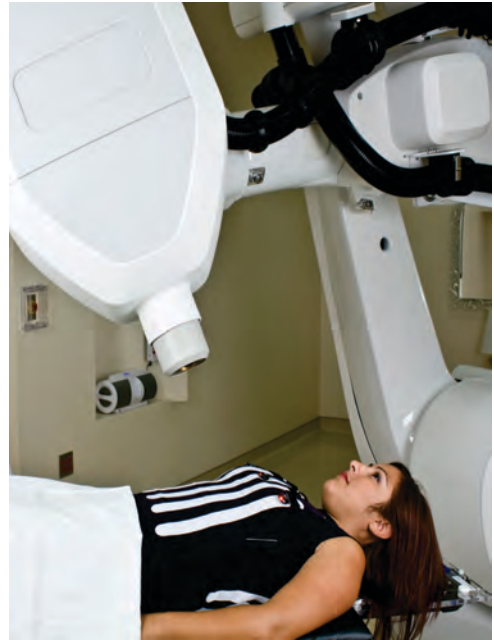
Հեռահար ճառագայթային թերապիայի դեպքում ճառագայթումն արձակվում է մարմնից որոշակի տարածության վրա գտնվող հատուկ սարքից, և սա ճառագայթային բուժման առավել տարածված տեսակն է:

□ Վիրահատական ճառագայթային թերապիա

Ճառագայթային բուժման այս տեսակն իրականացվում է բուն վիրահատության ընթացքում՝ վիրահատարանում զոնդ կիրառելով:

□ Բրախիթերապիա

Այս դեպքում ճառագայթումն ապահովվում է՝ ուռուցքի մեջ տեղադրելով ռադիոակտիվ աղբյուրներ: Վիրահատական ճառագայթային թերապիան և բրախիթերապիան, սովորաբար, կիրառվում են միայն փոքր ուռուցքների դեպքում, երբ չկան փաստեր ավշահանգույցներում դրանց տարածման մասին:



Ճառագայթային բուժումն առավել հաճախ կիրառվում է լամպեկտոմիայից հետո՝ նվազեցնելու կրծքագեղձում հիվանդության կրկնության (ռեցիդիվի) ռիսկը: Ավելի հազվադեպ ճառագայթային բուժումը կիրառում են վիրահատությունից առաջ՝ փոքրացնելու ուռուցքի չափերը և հեշտացնելու դրա հեռացումը: Բուժման այս տեսակը կոչվում է նեոադյուվանտ (նախավիրահատական) ճառագայթային բուժում: Ժամանակակից վիրաբուժության և ճառագայթային թերապիայի շնորհիվ կրծքագեղձի քաղցկեղի կրկնությունը (բուժումից հետո առաջիկա 10 տարվա ընթացքում) հանդիպում է 5%-ից էլ քիչ դեպքերում: Իսկ ապրելիության ցուցանիշները լամպեկտոմիայից և ճառագայթային թերապիայից հետո հաճախ նույնն են, ինչ մաստէկտոմիայից հետո:

Լամպեկտոմիայից հետո, սովորաբար, անցկացվում է հեռահար ճառագայթային թերապիա, որի սեանսները անցկաց-

վում են շաբաթը 5 անգամ (երկուշաբթիից ուրբաթ)՝ 5-6 շաբաթ տևողությամբ: Առաջին 4-5 շաբաթվա ընթացքում ճառագայթվում է ամբողջ կրծքագեղձը, այնուհետև բուժումը դառնում է ավելի նպատակային. ճառագայթվում է կրծքագեղձի միայն այն հատվածը, որտեղ ի սկզբանե գտնվել է ուռուցքը (տեղային դաշտով լրացուցիչ ճառագայթում կամ բուստ): Եթե հիվանդության կրկնության հավանականությունը փոքր է, միշտ չէ, որ կատարվում է բուստ: Երբեմն ճառագայթային թերապիան կարճ է տևում (3.5 շաբաթ): Ուռուցքաբանության որոշ կենտրոններ ներկայումս ուսումնասիրում և կիրառում են կրծքագեղձի քաղցկեղի ճառագայթային բուժման արագացված հնգօրյա կուրս, այսպես կոչված՝ «կրծքագեղձի մասնակի ճառագայթում», երբ ճառագայթվում է ոչ թե ամբողջ կուրծքը, այլ միայն հեռացված ուռուցքի հատվածը: Քննարկեք ճառագայթային թերապիայի եղանակները Ձեր բժշկի հետ:

Երբեմն հետվիրահատական (ադյուվանտ) ճառագայթային թերապիան անցկացվում է մաստէկտոմիայից հետո: Դա կախված է մի շարք գործոններից՝ հիվանդի տարիք, ուռուցքի չափեր, թևատակի ախտահարված ավշային հանգույցների քանակ, հյուսվածքների հատման եզրեր (վիրաբույժի կողմից հեռացված ուռուցքը շրջապատող առողջ հյուսվածքը), ER, PR և HER2 կարգավիճակներ և այլն: Կրծքավանդակի այդ հատվածի ճառագայթային թերապիան անցկացվում է շաբաթական 5 անգամ (երկուշաբթիից ուրբաթ)՝ 5-6 շաբաթ տևողությամբ:

Ներկայումս լայնորեն կիրառվում են ճառագայթային բուժման նոր եղանակներ և սխեմաներ ևս, օրինակ՝ կրծքագեղձի մասնակի ճառագայթում (PBI), որի ժամանակ ճառագայթվում է կրծքագեղձի միայն այն հատվածը, որտեղ գտնվում էր ուռուցքը, կամ IMRT (intensity-modulated radiation therapy, կարգավորվող ինտենսիվությամբ ճառագայթային թերապիա), երբ փոփոխվում է հեռահար ճառագայթային թերապիայի ինտենսիվությունը՝ ուռուցքը ենթարկելով առավել նպատակային ազդեցության: Սակայն, PBI-ն և IMRT-ն ոչ բոլոր հիվանդներին են ցուցված:

Ճառագայթային թերապիան կարող է զուգորդվել որոշ կողմնակի ազդեցություններով՝ ընդհանուր թուլություն, կրծքագեղձի այտուցվածություն, մաշկի գույնի փոփոխություն կամ կարմրություն, կրծքագեղձի ցավ կամ մաշկի այրոց, երբեմն էլ՝ մաշկի թեփոսում և բշտիկների առաջացում: Ճառագայթային բուժման դաշտում երբեմն կարող է հայտնվել նաև թոքերի մի հատվածը, ինչը կարող է հանգեցնել ճառագայթային պնևմոնիտի (ճառագայթային բուժմամբ պայմանավորված՝ թոքային հյուսվածքի այտուց): Որոշ հիվանդների մոտ ճառագայթային բուժման ավարտից 2-3 ամիս անց առաջանում են հևոց, չոր հազ և/կամ ցավ կրծքավանդակում՝ թոքային հյուսվածքի այտուցի և ֆիբրոզի (հյուսվածքի պնդացում և հաստացում) հետևանքով: Սովորաբար, կողմնակի ազդեցություններն անհետանում են որոշ ժամանակ անց:

Քիմիաթերապիա

Քիմիաթերապիան հատուկ դեղամիջոցների կիրառումն է, որոնք ոչնչացնում են ուռուցքային բջիջները՝ կասեցնելով դրանց աճն ու բազմացումը: Բուժման այս տեսակն իրականացնում է բժիշկ-քիմիաթերապևտը: Քիմիաթերապիան լինում է աղյուվանտ (անցկացվում է վիրահատությունից հետո՝ նվազեցնելու հիվանդության կրկնության հավանականությունը) և նեոադյուվանտ (կատարվում է վիրահատությունից առաջ՝ փոքրացնելու ուռուցքի չափերը): Քիմիաթերապիան կիրառվում է նաև մետաստատիկ և ռեցիդիվող կրծքագեղձի քաղցկեղի ժամանակ:

Քիմիաթերապևտիկ դեղամիջոցներն արյան միջոցով հասնում են օրգանիզմում գտնվող գրեթե բոլոր ուռուցքային բջիջներին: Կրծքագեղձի քաղցկեղի դեպքում քիմիաթերապիան անցկացվում է ներարկման կամ դեղամիջոցը խմելու եղանակով: Հիվանդները դեղամիջոցը կարող են ընդունել ամեն շաբաթ

կամ 2 շաբաթը մեկ անգամ (դեղամիջոցների ընդունման պրոցեդուրաների միջև նվազեցված ընդմիջումների ռեժիմ), ինչպես նաև 3 կամ նույնիսկ 4 շաբաթը մեկ անգամ:

Որպես կրծքագեղձի քաղցկեղի աղյուվանտ քիմիաթերապիա՝ կարող են կիրառվել հետևյալ դեղամիջոցները կամ դրանց համակցությունը՝

- Ցիկլոֆոսֆամիդ
- Մետոտրեքսատ
- 5-ֆտորուրացիլ (5-ֆու)
- Դոկսոտրեքսին
- Էպիռուբիցին
- Պակլիտաքսել
- Դոցետաքսել
- CMF (ցիկլոֆոսֆամիդ, մետոտրեքսատ և 5-ֆու)
- CAF (ցիկլոֆոսֆամիդ, դոքսոտրեքսին և 5-ֆու)
- CEF (ցիկլոֆոսֆամիդ, էպիռուբիցին և 5-ֆու)
- EC (էպիռուբիցին և ցիկլոֆոսֆամիդ)



- AC (դոքսոռուբիցին և ցիկլոֆոսֆամիդ)
- TAC (դոցետաքսել, դոքսոռուբիցին և ցիկլոֆոսֆամիդ)
- AC+T (դոքսոռուբիցին և ցիկլոֆոսֆամիդ, այնուհետև՝ պակլիտաքսել կամ դոցետաքսել)
- TC (դոցետաքսել և ցիկլոֆոսֆամիդ)
- CEF+T (ցիկլոֆոսֆամիդ, էպիռուբիցին և 5-ֆու, այնուհետև՝ դոցետաքսել):

Մետաստատիկ կամ կրկնվող կրծքագեղձի քաղցկեղի դեպքում վերոնշյալ բոլոր դեղամիջոցները կարող են համալրվել նաև այլ դեղամիջոցներով (առանձին կամ համակցություններով)՝

- Վինորելբին
- Կապեցիտաբին
- Պակլիտաքսել (կապված սպիտակուցների հետ)
- Պեգիլացված լիպոսոմալ դոքսոռուբիցին
- Գեմցիտաբին
- Կարբոպլատին
- Ցիսպլատին
- Իքսաբեպիլոն
- Էրիբրուլին

Դեղամիջոցի չափաբաժինը, տեսակն ու ընդունման հաճախականությունը կախված են կլինիկական հետազոտությունների ժամանակ ստացված արդյունքներից: Դեղամիջոցները կարող են կիրառվել առանձին կամ համակցելով մեկը մյուսի հետ:

Որոշ դեպքերում (կախված դեղամիջոցների տեսակից կամ բուժման սխեմայից) քիմիաթերապիայից առաջ խորհուրդ է տրվում կատարել փոքրիկ վիրահատու-

թյուն և կրծքավանդակի վերին հատվածում՝ ենթամաշկում, տեղադրել մետաղյա կամ պլաստմասսայե «սկավառակ» (port), որի միջոցով օրգանիզմ են ներարկվում դեղամիջոցները: Այս մեթոդը թույլ է տալիս զերծ մնալ թերապիայի յուրաքանչյուր սեսանսից առաջ երակ մտնելուց:

Քիմիաթերապիայի կողմնակի ազդեցություններն առավելապես անհատական բնույթ են կրում, բայց և այնպես կախված են դեղամիջոցի տեսակից, չափաբաժնից ու բուժման սխեմայից: Ամենից հաճախ հանդիպում են ընդհանուր թուլության, դողերոցքի, սրտխառնոցի և փսխման, մազաթափության, ախորժակի կորստի, լուծի երևույթներ, մեծանում է նաև ինֆեկցիայի զարգացման հավանականությունը: Որպես կանոն, կողմնակի այս երևույթներն անհետանում են բուժումից հետո: Շատ հազվադեպ սրանցից մի քանիսը կարող են պահպանվել երկար ժամանակ, օրինակ՝ սրտի կամ նյարդային համակարգի ախտահարումը:

ՀԱՐՑԵՐ ՔԻՄԻԱԹԵՐԱՊԻԱՅԻ ՄԱՍԻՆ, ՈՐՈՆՔ ԿԱՐՈՂ ԵՔ ՈՒՂՂԵԼ ԲԺՇԿԻՆ

- Քիմիաթերապիայի ընթացքում տեսակն եք խորհուրդ տալիս: Ինչո՞ւ:
- Որքան կտևի քիմիաթերապիայի բուժումը:
- Ինչպե՞ս են ընդունելու դեղամիջոցները: Կա՞մ, արդյոք, «սկավառակ» (port) տեղադրելու կարիք:
- Ինչպե՞ս հասկանալ, որ բուժումն արդյունավետ է:

Հորմոնալ թերապիա

Հորմոնալ թերապիան կիրառվում է ER և/կամ PR ռեցեպտորներ պարունակող կրծքագեղձի քաղցկեղի (ER և/կամ PR դրական քաղցկեղի) դեպքում: Քաղցկեղի այս տեսակի բջիջների աճը պայմանավորված է հորմոններով: Կանխելով հորմոնների ազդեցությունը՝ հնարավոր է նվազեցնել հիվանդության կրկնության հավանականությունը (աղյուսակնտ հորմոնալ բուժում) կամ փոքրացնել ուռուցքի և մետաստազների չափերը:

▣ Տամօքսիֆեն

Տամօքսիֆենը կանխում է ER դրական քաղցկեղի բջիջների կապը էստրոգենների հետ: Այն զգալիորեն նվազեցնում է քաղցկեղի կրկնվելու և մյուս կրծքագեղձում նոր ուռուցքի առաջացման ռիսկը և փոքրացնում է հեռավոր օրգաններում մետաստազների առաջացման հավանականությունը: Բացի այդ, տամօքսիֆենը կիրառվում է նաև կրծքագեղձի քաղցկեղի կանխարգելման նպատակով այն կանանց շրջանում, որոնց մոտ առկա է այդ հիվանդության առաջացման բարձր հավանականություն: Այն նվազեցնում է նաև ծորանային *in situ* քաղցկեղի տեղային կրկնության ռիսկը լամպէկտոմիայից հետո: Բացի այդ, տամօքսիֆենն արդյունավետ տարբերակ է նաև հորմոն-դրական ռեցեպտորներով պայմանավորված կրծքագեղձի մետաստատիկ քաղցկեղի դեպքում:

Տամօքսիֆենին բնորոշ են մի շարք կողմնակի բարդություններ՝ ջերմահորդանք (շոգեչլու կարճատև զգացողություն), հեշտոցի չորություն, օստեոպորոզի և ոսկրային կոտրվածքների հավանականություն, խոլեստերինի մակարդակի բարձրացում:



թյուն հեշտոցից (երբեմն՝ արյունային), էնդոմետրիոմի քաղցկեղի, ներառյալ սարկոմայի առաջացման ռիսկի չնչին բարձրացում, տրոմբոզների առաջացման բարձր հավանականություն: Այուս կողմից՝ տամօքսիֆենն արդյունավետ է ինչպես պրեմենոպաուզայում (դաշտանադադարից առաջ), այնպես էլ պոստմենոպաուզայում (դաշտանադադարից հետո): բարելավում է ոսկրերի վիճակը, կանոնավորում խոլեստերինի մակարդակը:

▣ Արոմատազայի ինհիբիտորներ

Արոմատազայի ինհիբիտորները նվազեցնում են էստրոգենների քանակը, որոնք արտադրվում են ձվարաններից դուրս (այլ հյուսվածքներում) դաշտանադադարից հետո: Այդ դեղամիջոցների խմբին են պատկանում անաստրոզոլը, լետրոզոլը, էկզեմեստանը: Հետազոտությունները ցույց են տալիս, որ թվարկված երեք դեղամիջոցներն էլ հավասարապես արդյունավետ են և առաջացնում են նույնատիպ կողմնակի բարդություններ՝ ցավ մկաններում և հողերում, ջերմահորդանք (շոգեչլու կարճատև զգացողություն), հեշտոցի չորություն, օստեոպորոզի և ոսկրային կոտրվածքների հավանականություն, խոլեստերինի մակարդակի բարձրացում:

Նախքան դաշտանադադարը (մենուպաուզան) արոմատազայի ինհիբիտորներ չեն նշանակվում, քանի որ դրանք չեն կանխում ձվարաններում արտադրված էստրոգենների ազդեցությունը: Եթե հիվանդի մոտ դաշտանադադարը սկսվել է բուժումից անմիջապես առաջ կամ քիմիաթերապիայի ժամանակ, ապա անհրաժեշտ է որոշել էստրոգենների մակարդակն արյան մեջ և համոզվել, որ ձվարանները չեն արտադրում այդ հորմոնը:

▣ Ձվարանների ֆունկցիայի ընկճում/ճնշում

Էստրոգենների սինթեզի կասեցումը ձվարաններում կրծքագեղձի ER և/կամ PR դրական և մետաստատիկ քաղցկեղի հորմոնալ բուժման ամենահին եղանակն է: Գոնադոտրոպին-ռիլիզինգ հորմոնին համարժեք են այն դեղամիջոցները, որոնց ազդեցությամբ դադարեցվում է էստրոգենների սինթեզը ձվարաններում և առաջանում է ժամանակավոր դաշտանադադար: 1-3 ամսով ձվարանների ֆունկցիան կանխելու նպատակով օգտագործվում են գոզերելին և լեյպրորելին դեղամիջոցները: Դրանց կիրառումը ենթամաշկային է: Սովորաբար, դրանց հետ միաժամանակ նշանակվում է տամօքսիֆեն, իսկ որոշ դեպքերում արոմատազայի ինհիբիտորներ: Երբեմն էլ կատարվում է ձվարանների վիրահատական հեռացում (օվարիէկտոմիա), որի դեպքում հորմոնալ ազդեցություններն անդառնալի են:

ՀԱՐՑԵՐ ՀՈՐՄՈՆԱԼ ԹԵՐԱՊԻԱՅԻ ՄԱՍԻՆ, ՈՐՈՆՔ ԿԱՐՈՂ ԵՔ ՈՒՂԵԼ ԲԺՇԿԻՆ

- Հորմոնալ թերապիայի դր եղանակն է նախընտրելի իմ դեպքում: Ինչո՞ւ:
- Որքան կտևի հորմոնալ թերապիան:
- Հնարավոր է, արդյոք, որ հորմոնալ թերապիան անօգուտ լինի:
- Ո՞րն է իմ կարգավիճակը (պրեմենուպաուզա՞, թե՞ պոստմենոպաուզա): Ինչպե՞ս դա կանդրադառնա հորմոնալ թերապիայի եղանակի ընտրության վրա:
- Կազդի՞, արդյոք, այս բուժումն իմ սեռական կյանքի վրա և ինչպե՞ս: Երկար կշարունակվի արդյո՞ք այդ ազդեցությունը:
- Բուժումը կարող է անդրադառնալ իմ հղիանալու հնարավորության վրա: Եթե այո, ապա անհրաժեշտ է, արդյոք, խորհրդակցել ընտանիքի պլանավորման մասնագետի հետ:
- Որո՞նք են տամօքսիֆենի կողմնակի բարդությունները՝ համեմատած արոմատազայի ինհիբիտորների կողմնակի բարդությունների հետ:



ՆՇՈՒՄՆԵՐԻ ՀԱՄԱՐ

Թիրախային թերապիա

Թիրախային թերապիայի դեղամիջոցներն իրենց ազդեցությունն են թողնում որոշակի առանձնահատուկ գեների և սպիտակուցների, ինչպես նաև ուռուցքը շրջապատող և դրա աճին ու կենսագործունեությանը նպաստող հյուսվածքի վրա: Դրանք խոչընդոտում են ուռուցքային բջիջների աճն ու բազմացումը՝ պրակտիկորեն չվնասելով առողջ բջիջները:

Հետազոտությունները ցույց են տվել, որ կրծքագեղձի ոչ բոլոր նորագոյացություններում են առկա միանման «թիրախներ» այս դեղամիջոցների կիրառման համար: Օպտիմալ բուժում անցկացնելու նպատակով անհրաժեշտ է մանրամասնորեն ուսումնասիրել ուռուցքը և դրանում հայտնաբերել գեներ, սպիտակուցներ կամ այլ գործոններ, որոնք առանձնահատուկ են տվյալ նորագոյացության համար: Կատարելով հատուկ հետազոտություններ՝ դրանց արդյունքների հիման վրա էլ կազմվում է բուժման ծրագիրը: Այսօրվա դրությամբ թիրախային դեղամիջոցներից ամենալայն կիրառումն ունեն HER2 դրական ուռուցքների վրա ազդող դեղամիջոցները:

Կրծքագեղձի քաղցկեղի բուժման համար կիրառված առաջին թիրախային թերապիան եղել է հորմոնալ թերապիան, այնուհետև կրծքագեղձի HER2 դրական քաղցկեղը բուժելու համար հաստատվել է HER2 թիրախային թերապիան:

HER2 թիրախային թերապիա

Եթե ուռուցքը HER2 դրական է, ապա բժիշկը կարող է նշանակել այնպիսի դեղամիջոցներ, որոնք ազդում են միայն



HER2 դրական բջիջների վրա՝ արգելափակելով HER2 սպիտակուցը և դրանով իսկ կասեցնելով ուռուցքի աճը:

▣ Տրաստուզումաբ

Տրաստուզումաբը թիրախային դեղամիջոց է, որը կիրառվում է կրծքագեղձի տարածված քաղցկեղի բուժման, ինչպես նաև կրծքագեղձի վաղ հայտնաբերված HER2 դրական քաղցկեղի աղյուվանտ քիմիաթերապիայի համար: Համաձայն ժամանակակից ուղեցույցների՝ կրծքագեղձի քաղցկեղի վաղ հայտնաբերման դեպքում տրաստուզումաբը կիրառվում է 1 տարի շարունակ: Կրծքագեղձի մետաստատիկ HER2 դրական քաղցկեղի դեպքում տրաստուզումաբը նշանակվում է անժամկետ, քանի դեռ պահպանում է իր արդյունավետությունը: Այն հիվանդները, որոնք բուժվում են տրաստուզումաբով, ունեն սրտի վրա ազդող կողմնակի բարդությունների զարգացման որոշակի ռիսկ (2-5%), որը մեծանում է, եթե առկա են համապատասխան այլ գործոններ ևս: Սրտային կողմնակի երևույթները միշտ չէ, որ անհետանում են քիմիաթերապիայի ավարտից հետո, սակայն դրանք հնարավոր է վերահսկել տարբեր դեղամիջոցների օգնությամբ:

▣ Պերտուզումաբ

Պերտուզումաբը կիրառվում է կրծքագեղձի տարածված քաղցկեղի բուժման համար: Բացի այդ, ներկայումս ուսումնասիրվում է նաև դրա արդյունավետությունը կրծքագեղձի վաղ հայտնաբերված քաղցկեղի դեպքում: Եթե ախտորոշվել է տարածված քաղցկեղ, իսկ կինը նախկինում բուժում չի ստացել, ապա պերտուզումաբը միաժամանակ կիրառվում է տրաստուզումաբի և այնպիսի քիմիաթերապևտիկ դեղամիջոցների հետ, ինչպիսիք են դոցետաքսելն ու պակլիտաքսելը: Պերտուզումաբ դեղամիջոցի արդյունավետությունը տրաստուզումաբի և դոցետաքսելի կամ պակլիտաքսելի հետ համատեղ նույնպես ապացուցված է կրծքագեղձի քաղցկեղի նախավիրահատական բուժման ժամանակ:

▣ Լապատինիբ

Լապատինիբը, սովորաբար, կիրառվում է կրծքագեղձի HER2 դրական քաղցկեղի ժամանակ, երբ տրաստուզումաբն արդեն կորցնում է իր ազդեցությունը: Լապատինիբի և կապեցիտաբինի համակցությունը կիրառվում է կրծքագեղձի տարածված կամ մետաստատիկ HER2 դրական քաղցկեղի ժամանակ, եթե արդեն կիրառվել են քիմիաթերապիան և տրաստուզումաբը: Լապատինիբի և լետրոզոլի համակցության կիրառումը նույնպես ընդունված է կրծքագեղձի մետաստատիկ HER2 դրական և ER դրական քաղցկեղի դեպքում: Բացի այդ, լապատինիբի և տրաստուզումաբի համակցությունը կիրառվում է այն քաղցկեղների դեպքում, որոնք շարունակում են աճել տրաստուզումաբով բուժման ընթացքում: Ներ-

կայումս ուսումնասիրվում է լապատինիբի և տրաստուզումաբի համակցության ազդեցությունը նաև կրծքագեղձի վաղ քաղցկեղի բուժման մեջ:

Վերջերս հաստատված ադո-տրաստուզումաբ էմտագին դեղամիջոցը ստիպել է վերանայել լապատինիբի օգտագործումը, քանի որ ադո-տրաստուզումաբ էմտագինը ցուցադրել է ավելի բարձր արդյունավետություն, քան լապատինիբի ու կապեցիտաբինի համակցությունը: Լապատինիբի նշանակումն այսօր ավելի ընդունված է, երբ այն հաջորդում է ադո-տրաստուզումաբ էմտագինով բուժմանը:

▣ Ադո-տրաստուզումաբ էմտագին (Կադսիլա կամ T-DMI)

Ադո-տրաստուզումաբ էմտագին դեղամիջոցի նշանակումը հիմնավորված է կրծքագեղձի մետաստատիկ քաղցկեղով տառապող այն հիվանդներին, որոնք նախկինում ստացել են տրաստուզումաբ և քիմիաթերապիա պակլիտաքսելով կամ դոցետոքսելով: Ներկայումս ընթանում են հետազոտություններ ադո-տրաստուզումաբ էմտագինի արդյունավետության վերաբերյալ կրծքագեղձի առաջնային քաղցկեղի բուժման ժամանակ:

Բուժում mTOR ինհիբիտորներով

Կրծքագեղձի մետաստատիկ քաղցկեղի բուժման համար հորմոնալ թերապիայի հետ համակցությամբ վերջերս հաստատվել է մի դեղամիջոց, որը թիրախավորում է քաղցկեղի աճին նպաստող mTOR կոնցվոլ սպիտակուցը:



Կլինիկական հետազոտություններ

Բժիշկներն ու գիտնականները շարունակ փնտրում են կրծքագեղձի քաղցկեղի բուժման առավել արդյունավետ մեթոդներ: Գիտության առաջխաղացումը խթանելու համար անցկացվում են կլինիկական հետազոտություններ՝ հատուկ ծրագրեր, որոնց մասնակցում են կամավորներ:

Կլինիկական հետազոտությունների ժամանակ շատ հաճախ գնահատվում են բուժման նոր մեթոդի արդյունավետությունն ու անվտանգ լինելը, ինչպես նաև դրա առավելությունն առկա (ընդունված) մեթոդների նկատմամբ: Այսպիսի հետազոտությունների ընթացքում ուսումնասիրվում են նոր դեղորայքային միջոցներ, հայտնի մեթոդների տարբեր համակցություններ, ճառագայթային թերապիայի կամ վիրահատական բուժման նոր մոտեցումներ կամ էլ բուժման նոր մեթոդներ: Որոշ կլինիկական հետազոտությունների նպատակն է պարզել, թե ինչպես կարելի է մեղմացնել հիվանդության ախտանշանները և վերահսկել տևական կողմնակի ազդեցությունները: Հետազոտությանը մասնակցող կանայք հնարավորություն են ունենում առաջինը ստանալու նորագույն բուժում՝ նախքան

դա հասանելի կդառնա առավել լայն խմբերի համար: Մյուս կողմից՝ հնարավոր չէ երաշխավորել, որ բուժման նոր եղանակն անվտանգ և արդյունավետ կլինի կամ վերոնշյալ չափանիշներով կգերազանցի առկա (ընդունված) մեթոդները:

Կլինիկական հետազոտություններին մասնակցությունը պայմանավորված է մի շարք պատճառներով: Նախ՝ կրծքագեղձի քաղցկեղով տառապող որոշ կանանց համար կլինիկական հետազոտությունը բուժման առավել լավ տարբերակից օգտվելու հնարավորություն է: Երկրորդ՝ բուժման առկա (ընդունված) մեթոդները կատարյալ չեն, ուստի որոշ հիվանդներ համաձայնում են հաշտվել կլինիկական հետազոտության անորոշությանը: Բացի այդ, մասնակցելով հետազոտությանը, նրանք քաջակցում են բժշկագիտության զարգացմանը՝ գիտակցելով, որ կլինիկական հետազոտությունը չարորակ նորագոյացությունների դեմ պայքարում առաջընթաց արձանագրելու միակ եղանակն է: Եվ եթե անգամ այդ հետազոտությունն էապես օգտակար չլինի անձամբ իրենց, դա կարող է օգնել կրծքագեղձի քաղցկեղով տառապող այլ կանանց:

Որոշ հիվանդներ վախենում են մասնակցել կլինիկական հետազոտությանը՝ կարծելով, որ իրենք կստանան ոչ թե բուժիչ դեղամիջոց, այլ պլացեբո (դատարկահար): Իրականում դա հազվադեպ է լինում: Եթե հետազոտության ընթացքում օգտագործվում է պլացեբո, ապա մասնակիցներն անպայման տեղեկացվում են դրա մասին:

Կլինիկական հետազոտությանը մասնակցելու համար անհրաժեշտ է պացիենտի տեղեկացված համաձայնությունը՝ ըստ հետևյալ ընթացակարգի: Նախ՝ բժիշկը պարտավոր է ներկայացնել մասնակցին բուժման բոլոր տարբերակները և բացատրել, թե ինչով է նոր մեթոդը տարբերվում արդեն ընդունվածներից: Երկրորդ՝ բժիշկը պարտավոր է ներկայացնել բուժման նոր մեթոդի բոլոր հնարավոր ռիսկերը, որոնք կարող են լինել հենց այնպիսին, ինչպիսին հիմնական մեթոդների ռիսկերն են, կամ տարբերվել դրանցից: Երրորդ՝ յուրաքանչյուր մասնակցին ծանոթացնել առաջադրվող պահանջներին (պրոցեդուրաների և հիվանդանոց այցելությունների թիվ, բուժման սխեմա, հնարավոր ծախսեր):

Հիշեք. Եթե անգամ տվել եք կլինիկական հետազոտությանը մասնակցելու Ձեր տեղեկացված համաձայնությունը, այնուամենայնիվ, ցանկացած պահի կարող եք հրաժարվել դրանից ցանկացած պատճառով՝ թե՛ անձնական, թե՛ առողջության հետ կապված:

ՀԱՐՑԵՐ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅԱՆ ՄԱՍԻՆ, ՈՐՈՆՔ ԿԱՐՈՂ ԵՔ ՈՒՂՂԵԼ ԲԺՇԿԻՆ

- Բուժման ընդունված մեթոդների ի՞նչ այլընտրանքային եղանակներ կառաջարկեք ինձ: Ինչպիսի կլինիկական հետազոտությունների կարող եմ մասնակցել: Որո՞նք են դրանց առավելությունները և հնարավոր ռիսկերը:
- Ինչպե՞ս կանցնի հետազոտությունը:
- Ի՞նչ տարբերություն կարող է առաջանալ բուժմանս ծախսերում՝ կլինիկական հետազոտությանը մասնակցելու և դրանից հրաժարվելու դեպքում:
- Որտեղի՞ց կարող եմ առավել մանրամասն տեղեկանալ այդ կլինիկական հետազոտության մասին:



ՆՇՈՒՄՆԵՐԻ ՀԱՄԱՐ

Ախտանիշների և կողմնակի ազդեցությունների վերահսկում

Դանդաղեցնել կամ կանխել նորագոյացության աճը, վերացնել ուռուցքը. սրանք թեև կարևոր են, այնուամենայնիվ կրծքագեղձի քաղցկեղի բուժման միակ նպատակը չեն: Ուռուցքաբանության մեջ կարևոր դեր ունեն այն մեթոդները, որոնք կոչված են մեղմացնելու հիվանդության ախտանիշները, վերացնելու կողմնակի ազդեցությունները կամ նվազեցնելու դրանց արտահայտվածությունը: Այսպիսի մոտեցումը կոչվում է պալիատիվ կամ սիմպտոմատիկ թերապիա: Պալիատիվ բուժման նպատակն է օգնել հաղթահարել ֆիզիկական, հուզական և սոցիալական խնդիրները:

Պալիատիվ բուժումը կարող է օգնել հիվանդության ցանկացած փուլում: Կողմնակի ազդեցությունները մեղմացնող բուժումը հաճախ ուղեկցվում է քաղցկեղի բուժմամբ: Ուղեկցող թերապիա անցնող հիվանդների մոտ ախտանիշները, սովորաբար, լինում են թույլ արտահայտված, իսկ կյանքի որակը՝ ավելի բարձր է լինում, և ընդհանուր առմամբ, նրանք առավել գոհ են լինում բուժումից: Պալիատիվ միջամտությունները բազմազան են՝ դեղորայքային միջոցներ, սննդակարգի փոփոխություն, հանգստի տարբեր եղանակներ: Որոշ դեպքերում պալիատիվ են դառնում կրծքագեղձի քաղցկեղի բուժման ընդունված մեթոդները, օրինակ, վիրահատական միջամտությունը կամ ճառագայթային թերապիան: Ուստի կարևոր է հասկանալ բուժման յուրաքանչյուր միջամտության նպատակը և դերը բուժման ընդհանուր գործընթացում: Կրծքագեղձի քաղցկեղի

դեպքում հնարավոր են պալիատիվ բուժման հետևյալ տարբերակները:

□ Բիսֆոսֆոնատների ընդունում

Բիսֆոսֆոնատները դեղորայքային միջոցներ են, որոնք հատուկ բջիջներին՝ օստեոկլաստներին թույլ չեն տալիս վնասել ոսկրերը: Սովորաբար, բիսֆոսֆոնատներ ընդունում են փոքր չափաբաժնով՝ նվազեցնելու կամ կանխելու օստեոպորոզը (ոսկրերի փխրունություն): Ավելի մեծ չափաբաժնով բիսֆոսֆոնատներ կիրառվում են ոսկրերում մետաստազների առկայությամբ կրծքագեղձի քաղցկեղի դեպքում: Հետազոտությունները ցույց են տվել, որ բուժման այս եղանակը մեղմացնում է ցավը մետաստազների շրջանում և օգնում կանխել ոսկրային կոտրվածքները:

Ոսկրերում մետաստազների առկայության դեպքում կիրառում են երկու դեղամիջոց՝ պամիդրոնատ և զոլեդրոնաթթու, որոնք ներերակային ներարկում են պահանջում: Ենթադրվում է, որ քաղցկեղի բուժումից հետո նշանակված բիսֆոսֆոնատներն օգնում են կանխել հիվանդության կրկնությունը, սակայն այս ուղղությամբ կատարված հետազոտությունները հակասական արդյունքներ են գրանցել:

□ Դենոսումաբ

Վերջին հետազոտությունները ցույց են տվել, որ դենոսումաբն արդյունավետ է ոսկրերում մետաստազների առկայությամբ կրծքագեղձի քաղցկեղի դեպքում և ավելի լավ, քան բիսֆոսֆոնատները, վերահսկում է դրանց կլինիկական դրսևորումները:

▣ **Ճառագայթային թերապիա**

Ոսկրային ցավոտ մետաստազների դեպքում ճառագայթային թերապիան հաճախ կիրառվում է ախտահարման օջախներում:

▣ **Ցավի մեղմացում**

Գոյություն ունեն եղանակներ՝ մեղմացնելու անզամ ամենաուժեղ ցավերը, որոնք երբեմն առաջանում են կրծքագեղձի քաղցկեղի դեպքում: Դիմեք Ձեր բուժումն իրականացնող մասնագետին, և նա կօգնի Ձեզ լուծել այդ խնդիրը:

▣ **Համալիր ռեաբիլիտացիա/վերականգնում**

Ռեաբիլիտացիան կրծքագեղձի քաղցկեղով տառապող հիվանդներին օգնում է բուժման ընթացքում իրենց հնարավորինս լավ զգալ: Ռեաբիլիտացիան վե-

րաբերում է ֆիզիկական և սոցիալական ակտիվությանը, հոգեբանական վիճակին և մասնագիտական գործունեությանը: Այդպիսով՝ կինը, վերականգնելով հսկողությունը կյանքի տարբեր ոլորտներում, կարողանում է մնալ ինքնուրույն և հնարավորինս ակտիվ:

▣ **Պրակտիկ, էմոցիոնալ, հոգևոր ու հոգեբանական աջակցություն**

Պրակտիկ, էմոցիոնալ, հոգևոր և հոգեբանական աջակցության հարցերում Ձեզ կարող է սատարել, այսպես կոչված, «աջակցման խումբը», որը կարող է օգնել պացիենտներին տեղեկատվական, իրավաբանական, հոգեբանական, ընտանեկան հարաբերությունների և այլ հարցերում: Հայաստանում այս հարցում իր աջակցությունն է առաջարկում «ՀԵՆԱՐԱՆ» բարեգործական հիմնադրամը:

ՀԱՐՑԵՐ ՊԱԼԻԱՏԻՎ/ՄԻՄՊՏՈՄԱՏԻՎ ԲՈՒԺՄԱՆ ՄԱՍԻՆ, ՈՐՈՆՔ ԿԱՐՈՂ ԵՔ ՈՒՂՂԵԼ ԲԺՇԿԻՆ

- Ինչ կարելի է անել՝ մեղմացնելու ախտանիշերն ու հնարավոր կողմնակի ազդեցությունները:
- Կարող եք, արդյոք, ուղղորդել պալիատիվ բուժում իրականացնող մասնագետի ընտրության հարցում:
- Որտեղ է հնարավոր ստանալ պալիատիվ բուժում:
- Բիսֆոսֆոնատներ ընդունելու դեպքում ինչպիսին է ծնոտի օստեոնեկրոզի ռիսկը (ոսկրերի քայքայում): Ինչ ախտանիշների պետք է հետևել:
- Ինչպիսի՞ն աջակցություն կարող ենք ակնկալել ես և իմ ընտանիքը:

ՆՇՈՒՄՆԵՐԻ ՀԱՄԱՐ

Բուժման ծրագրի մշակում

Բժիշկը մշակում է հիվանդի անհատական բուժման ծրագիր՝ ելնելով ուռուցքի առանձնահատկություններից և հիվանդի ընդհանուր վիճակից: Այնուամենայնիվ, կրծքագեղձի քաղցկեղի բուժման գործընթացում առկա են որոշակի օրինաչափություններ:

ԿՐԾՔԱԳԵՂՁԻ ԾՈՐԱՆԱՅԻՆ *IN SITU* ՔԱՂՑԿԵՂ ԵՎ ՎԱՂ ՀԱՅՏՆԱԲԵՐՎԱԾ ԻՆՎԱԶԻՎ ՔԱՂՑԿԵՂ

Ծորանային *in situ* քաղցկեղի և վաղ հայտնաբերված ինվազիվ քաղցկեղի դեպքում ուռուցքը, սովորաբար, հեռացվում է: Վիրահատության ընթացքում վիրաբույժը հեռացնում է նաև ուռուցքը շրջապատող առողջ հյուսվածքներից ոչ մեծ հատված՝ հանդգնելու, որ նորագոյացությունն ամբողջովին հեռացված է: Թեպետ վիրահատական միջամտության հիմնական նպատակը տեսանելի ուռուցքի ամբողջությամբ հեռացումն է, այնուամենայնիվ կրծքագեղձում (կամ մարմնի այլ հատվածներում) կարող են մնալ ուռուցքային բջիջներ, որոնցից ազատվելու համար հնարավոր է՝ անհրաժեշտ լինի լրացուցիչ վիրահատություն: Եթե ինվազիվ ուռուցքը մեծ է կամ արագ է զարգանում, ապա հնարավոր է, որ վիրահատությունից առաջ քիմիաթերապիա իրականացվի (այն կոչվում է նեոադյուվանտ): Որոշ դեպքերում անցկացվում է նեոադյուվանտ հորմոնալ թերապիա:

Կրծքագեղձի վաղ ինվազիվ քաղցկեղի վիրահատական բուժմանը հաջորդում են ռեցիդիվ քաղցկեղի առաջացման ռիսկի նվազեցումն ու հնարավոր մնացած

չարորակ բջիջների ոչնչացումը: Սրա իրականացման համար կիրառվում են ադյուվանտ թերապիայի տարբեր եղանակներ (ճառագայթային թերապիա, քիմիաթերապիա, թիրախային թերապիա և/կամ հորմոնալ թերապիա): Ադյուվանտ թերապիայի ընտրության ժամանակ բժիշկը հաշվի է առնում մարմնում ուռուցքային բջիջների առկայության հավանականությունը և գնահատում, թե որքանով արդյունավետ կլինի բուժման ընտրված եղանակը: Կարևոր է հասկանալ, որ թեև ադյուվանտ թերապիան նվազեցնում է ռեցիդիվի հավանականությունը, այնուամենայնիվ հնարավոր չէ այն լիովին վերահսկել:



ԿՐԾՔԱԳԵՂՁԻ ՄԵՏԱՍՏԱՏԻԿ ՔԱՂՑԿԵՂ

Օրգանիզմի այլ հատվածներում տարածված քաղցկեղը կոչվում է մետաստատիկ քաղցկեղ: Վերջինիս օպտիմալ բուժման վերաբերյալ միանշանակ և հստակ կարծիք չկա, ուստի ավելի նպատակահարմար է դիմել հիվանդության այս փուլի բուժման ոլորտում փորձ ունեցող մասնագետներին: Հնարավոր է՝ բուժումն սկսելուց առաջ ցանկություն առաջանա խորհրդակցելու մեկ այլ բժշկի

հետ՝ երկրորդ կարծիք լսելու և ավելի վստահ լինելու նպատակով:

Կրծքագեղձի մետաստատիկ քաղցկեղի բուժման առաջնային խնդիրն է երկարացնել հիվանդի կյանքը և մեղմացնել քաղցկեղով պայմանավորված ախտանիշները: Ուռուցքը փոքրացնելու նպատակով հնարավոր է՝ Ձեզ առաջարկվի քիմիաթերապիայով, թիրախային թերապիայով, ճառագայթային և/կամ հորմոնալ թերապիայով ուղեկցվող բուժում: Քանի որ կրծքագեղձի մետաստատիկ քաղցկեղի դեպքում այդքան էլ արտասովոր չէ այն երևույթը, որ հիվանդությունը դադարում է արձագանքել տարբեր դեղամիջոցներին և դրանց համակցությանը, ուստի հավանական է՝ ստիպված լինեք բավական հաճախ փոխելու կիրառվող թերապիայի տեսակը: Ախտանիշների և կողմնակի ազդեցությունների արտահայտվածությունը նվազեցնելու համար կիրառվում է

պալիատիվ/սիմպտոմատիկ բուժում: Այսպես՝ ոսկրերում մետաստազների առկայության դեպքում հաճախ նշանակվում է ճառագայթային բուժում:

Մետաստատիկ քաղցկեղ ախտորոշման հետ հաշտվելն այնքան էլ հեշտ չէ, և բազմաթիվ հիվանդների ու նրանց ընտանիքների անդամների համար սա դառնում է անհանգստության լուրջ պատճառ: Քննարկեք Ձեր բժշկի, բուժքրոջ և հոգեբանի հետ այն ամենը, ինչ զգում եք: Հաճախ օգտակար են նաև շփումները նույն հիվանդությունն ունեցող այլ անձանց հետ (օրինակ՝ «աջակցման խմբի» միջոցով):

ԿՐԾՔԱԳԵՂՁԻ ՔԱՂՑԿԵՂԻ ՌԵՑԻԴԻՎ

Եթե քաղցկեղը վաղ փուլում հայտնաբերելուց և բուժելուց հետո կրկնվում է, ապա այն կոչվում է քաղցկեղի ռեցիդիվ:



Դրա պատճառն այն է, որ երբեմն օրգանիզմում կարող են մնալ ուռուցքային բջիջների փոքր խմբեր, որոնք հետագայում սկսում են կիսվել և բազմանալ, ինչի հետևանքով առաջանում է նոր ուռուցք, որը հայտնաբերվում է այն ժամանակ, երբ հասնում է բավականին մեծ չափերի:

Կրծքագեղձի քաղցկեղը կարող է կրկնվել միևնույն գեղձում (տեղային/լոկալ ռեցիդիվ), կրծքավանդակի առաջնային պատում, անութային կամ կրծքավանդակի ավշահանգույցներում (ռեգիոնալ ռեցիդիվ), ինչպես նաև մարմնի այլ հատվածներում, օրինակ՝ ոսկրերում, թոքերում, լյարդում կամ գլխուղեղում (հեռավոր մետաստազներ):

Քաղցկեղի ռեցիդիվի դեպքում ախտորոշման գործընթացը, որպես կանոն, նորից է սկսվում՝ նոր ուռուցքի մասին առավել մանրամասն տեղեկություններ ստանալու՝ հատկապես հիվանդության փուլը որոշելու նպատակով: Ախտորոշումը հաստատելու համար հաճախ առաջանում է բիոպսիայի անհրաժեշտություն: Բացի այդ, անհրաժեշտ է կրկին պարզել նորագոյացության՝ ER, PR և HER2 կարգավիճակը (որը կարող է տարբերվել առաջնային ուռուցքի կարգավիճակից):

Քաղցկեղի ռեցիդիվի բուժումը կախված է նրանից, թե որքան ժամանակ է անցել սկզբնական ուռուցքի ախտորոշումից, բուժման ինչ մեթոդներ են կիրառվել նախկինում, ինչպես նաև ռեցիդիվի առաջացման տեղից և նորագոյացության առանձնահատկություններից (օրինակ՝ ER, PR և HER2 կարգավիճակ):

Եթե լամպեկտոմիայից և ադյուվանտ ճառագայթային բուժումից հետո կրծքագեղձում ի հայտ է գալիս տեղային/լոկալ

ռեցիդիվ, ապա խորհուրդ է տրվում կատարել մաստէկտոմիա: Սովորաբար, վիրահատության այս տեսակը թույլ է տալիս ամբողջովին հեռացնել ուռուցքը:

Եթե մաստէկտոմիայից հետո կրծքավանդակի առաջնային պատում ի հայտ է գալիս տեղային/լոկալ կամ ռեգիոնալ ռեցիդիվ, ապա կատարվում է ուռուցքի հեռացում, որից հետո անցկացվում է կրծքավանդակի առաջնային պատի ախտահարված հատվածի և ավշահանգույցների ճառագայթային թերապիա, եթե, իհարկե, այն նախկինում չի կիրառվել (սովորաբար, նույն հատվածում ամբողջական չափաբաժնով ճառագայթում կարելի է կատարել միայն մեկ անգամ): Ռեգիոնալ ռեցիդիվի դեպքում կարող է արդյունավետ լինել լրացուցիչ համակարգային բուժումը՝ քիմիաթերապիա, թիրախային թերապիա և/կամ հորմոնալ թերապիա, որն ազդելով ողջ օրգանիզմի վրա՝ նվազեցնում է հեռավոր մետաստազների առաջացման հավանականությունը:

Թեպետ հեռավոր մետաստազների դեպքում հնարավոր չէ լիովին բուժել քաղցկեղը, այնուամենայնիվ այն կարելի է վերահսկել: Որոշ դեպքերում, ժամանակակից բժշկության հնարավորությունները թույլ են տալիս տարիներով դանդաղեցնել հիվանդության զարգացումը: Կրծքագեղձի քաղցկեղի ռեցիդիվի պարագայում կանանց մեծ մասը շատ հաճախ համակվում է վախի ու հիասթափության զգացումներով: Այդ մասին հարկ է խոսել Ձեր բուժմամբ զբաղվող մասնագետների հետ, պատմել զգացողությունների մասին և հարցնել, թե որտեղից կարելի է ստանալ լրացուցիչ աջակցություն:

ԻՆՉՊԵՄ ՀԱՂԹԱՀԱՐԵԼ ԿՈՂՄՆԱԿԻ ԱԶԴԵՑՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

Եթե Ձեզ, ինչպես և բազմաթիվ կանանց, անհանգստացնում են կրծքագեղձի քաղցկեղի բուժման հետ կապված կողմնակի ազդեցությունները, ապա հիշե՛ք. մասնագետների խումբն անում է հնարավորը դրանք կանխելու կամ վերահսկելու ուղղությամբ: Նախքան բուժման



մեկնարկը՝ քննարկե՛ք բժշկի հետ, թե որ կողմնակի ազդեցություններ են հնարավոր Ձեր դեպքում և որոնք՝ քիչ հավանական: Բուժման ընթացքում տեղեկացրե՛ք բժշկին կամ բուժքրոջը Ձեր վիճակի մասին, որպեսզի նրանք կարողանան հասկանալ, թե ինչպիսի կողմնակի ազդեցություններ են առաջացել Ձեզ մոտ, և օգնեն Ձեզ հաղթահարել դրանք:

Քաղցկեղի բուժման ռեակցիան անհատական բնույթ է կրում: Թերապիայի ընթացքում կամ դրանից հետո առաջացած կողմնակի ազդեցությունները կախված են մի շարք հանգամանքներից, այդ թվում նաև քաղցկեղի տեղակայումից, բուժման Ձեր անհատական ծրագրից և ընդհանուր առողջական վիճակից: Որոշ բնորոշ կողմնակի ազդեցություններ, որոնք անդրադառնում են ինքնազգացողության, հուզական վիճակի և սոցիալական ակտիվության վրա, ներկայացված են ստորև:

Սոմատիկ կողմնակի ազդեցություններ

Թուլություն: Քաղցկեղի բուժումը կարող է ուղեկցվել հոգնածության և հյուծվածության մշտական զգացողությամբ: Բուժման ընթացքում տարբեր աստիճանի թուլություն զգում են գրեթե բոլոր հիվանդները, երբեմն նույնիսկ փոքր ծանրաբեռնվածությունը (օրինակ՝ սենյակում քայլելը) թվում է չափազանց դժվար և անհաղթահարելի: Ուժեղ արտահայտված թուլության դեպքում խախտվում է կյանքի սովորական ռիթմը, և Ձեզ համար կարող է դժվար լինել անգամ ընտանիքի անդամների կամ ընկերների հետ ժամանակ անցկացնելը կամ աշխատավայրում աշխատելը: Եթե թուլություն եք զգում, անպայման տեղեկացրեք բժշկին այդ մասին: Կան մեթոդներ, որոնց կիրառմամբ հնարավոր է թեթևացնել Ձեր վիճակը:

Ցավ: Ցավ կարող է առաջանալ ինքնին ուռուցքի, բուժման հետևանքով կամ էլ բոլորովին այլ պատճառով: Ցավը չբուժելու դեպքում այն կարող է սրել հիվանդության այլ դրսևորումները՝ թուլություն, սրտխառնոց, փորկապություն, քնի խանգարում, դեպրեսիա, անհանգստություն, գիտակցության խանգարում: Պետք է հիշել, որ քաղցկեղի հետևանքով առաջացած ցավը հիմնականում (95% դեպքերում) կարելի է վերացնել դեղորայքային միջոցներով կամ այլ մեթոդներով: Ձեզ բուժող բժիշկը կօգնի գտնել ցավի մեղմման տարբերակներ, որոնք կհամապատասխանեն հենց Ձեզ:



Լիմֆեդեմա: Լիմֆեդեման այն վիճակն է, երբ ավշային անոթների արգելափակման պատճառով հեղուկը (ավիշը) չի հոսում դեպի վերջույթներ (ուռքեր կամ ձեռքեր) և կուտակվում է հյուսվածքներում: Լիմֆեդեման կարող է սկսվել ինչպես վիրահատությունից կամ ճառագայթային թերապիայից անմիջապես հետո, այնպես էլ բուժման ավարտից մի քանի ամիս, անգամ՝ մի քանի տարի անց: Երբեմն այտուցը վերանում է ինքնուրույն, քանի որ, հյուսվածքների վերականգնման հետ միասին, կարգավորվում է նաև ավշի արտահոսքը: Սակայն, որոշ դեպքերում, երբ ավշային համակարգը

փոփոխության է ենթարկվում և լիարժեք չի կատարում իր ֆունկցիան, լիմֆեդեման դառնում է քրոնիկ: Չնայած քրոնիկ լիմֆեդեման հնարավոր չէ լիովին բուժել, այնուամենայնիվ այն կարելի է վերահսկել կամ մեղմացնել դրա ազդեցությունը՝ կատարելով հատուկ վարժություններ (տես [www.youtube.com՝ "BreastAM - Breast Health Project in Armenia"](http://www.youtube.com/BreastAM - Breast Health Project in Armenia) ավիքում տեղադրված տեսանյութերը):

Անպտղություն: Բուժման որոշ մեթոդներ կարող են հանգեցնել կարճաժամկետ կամ մշտական չբերության (հղիանալու կամ երեխա ունենալու անկարողության): Եթե այս խնդիրը մտահոգում է Ձեզ, քննարկե՛ք բժշկի հետ, թե ինչ միջոցառումներ կարելի է ձեռնարկել նախքան բուժման մեկնարկը՝ պտղաբերության (երեխա ունենալու կարողության) պահպանման ուղղությամբ:

Սրտխառնոց և փսխում: Սրտխառնոցն ու փսխումը համարվում են կրծքագեղձի քաղցկեղի բուժման բազմաթիվ եղանակների հետևանքով առաջացող կողմնակի ազդեցություններ: Սրտխառնոցը սկսվելիք փսխումի զգացողությունն է: Փսխումը կարող է առաջանալ դեղերի ներարկման ընթացքում կամ դրա ավարտից հետո մի քանի ժամվա կամ



օրվա ընթացքում: Ոչ ուժեղ սրտխառնոցն ու փսխումն անհարմարություն են ստեղծում, բայց, սովորաբար, չեն դառնում ավելի լուրջ խնդիրների պատճառ: Սակայն, ուժեղ և հաճախակի փսխումը կարող է հանգեցնել ջրազրկման, էլեկտրոլիտային խախտումների (այնպիսի վիճակ, երբ օրգանիզմը զրկվում է հանքային նյութերից, օրինակ՝ կալիումից և նատրիումից), մարմնի քաշի կորստի կամ դեպրեսիայի: Սրտխառնոցից և փսխումից ազատվելու համար օգնում են հատուկ դեղորայքային միջոցները, ինչպես նաև կարելի է վարքային թերապիա կիրառել, որի արդյունավետության մասին նշում են շատ հիվանդներ: Խոսե՛ք բժիշկների հետ այն մասին, թե ինչպես կարելի է հաղթահարել սրտխառնոցի ու փսխման վախը և թեթևացնել դրանք:

Մազաթափություն: Քիմիաթերապիայի շատ դեղամիջոցներ առաջացնում են տեղային կամ ամբողջական մազաթափություն: Մազերը կարող են թափվել բավական արագ կամ աստիճանաբար, իսկ երբեմն էլ՝ կույտերով: Որոշ դեպքերում մազերը նոսրանում են (երբեմն աննկատ) և դառնում չոր ու խամրած: Հատ-

կապես թափվում են գլխի մազերը, սակայն երբեմն կարող են վնասվել նաև մարմնի այլ հատվածները՝ դեմքը (հոնքերը և թարթիչները), թևերը, ոտքերը, թևատակերի շրջանը և ցայքը: Սովորաբար, մազաթափությունը ժամանակավոր բնույթ է կրում, և թերապիայի ավարտից հետո մազերը նորից աճում են:

«Մթազնած գիտակցություն»: Այս եզրույթը հաճախ են օգտագործում այն հիվանդները, որոնք զգում են, որ բուժումից հետո իրենց համար դժվարանում են նույնքան հստակ մտածել, որքան բուժումից առաջ: Քիմիաթերապիա ընդունող հիվանդների 20%-ը նշում է, որ փոփոխություններ է նկատել ուղեղի աշխատանքում: Երբեմն դրանք այնքան արտահայտված են լինում, որ խանգարում են ամենօրյա գործերի կատարմանը: Եթե դժվարանում եք կենտրոնացնել ուշադրությունը, միաժամանակ մի քանի առաջադրանք կատարել, տեղեկություններ ընկալել կամ հիշել, խոսե՛ք դրա մասին բուժող բժշկի հետ: Նա կպատմի Ձեզ դեղամիջոցների, ճանաչողական վարժությունների և վերականգնողական եղանակների մասին, որոնք կարող են մեղմացնել նման ազդեցությունները:

Հոգեբանական կողմնակի ազդեցություններ

Բացի օրգանիզմի վրա անդրադարձող կողմնակի ազդեցություններից, Ձեզ մոտ կարող են ի հայտ գալ նաև հոգեբանական կողմնակի բարդություններ, որոնք



ազդում են հուզական վիճակի և սոցիալական ակտիվության վրա: Բազմաթիվ կանանց համար քաղցկեղի բուժումը դառնում է դժվար փորձություն և առաջացնում խոր բացասական հույզեր: Մաստէկտոմիա, մազաթափություն, մարմնի քաշի ավելացում կամ կորուստ, վիրահատությունից հետո մնացած սպիներ. այս ամենն ազդում է կնոջ վիճակի վրա (օրինակ՝ նա կարող է ամաչել իր արտաքին տեսքից): Անգամ շրջապատի համար անտեսանելի փոփոխությունները՝ անպտղությունը կամ դաշտանադադարը, կարող են ստիպել կնոջը զգալ իրեն «ոչ այնպիսին, ինչպիսին ուրիշներն են»:

Հետազոտությունները ցույց են տվել, որ հուզական լարվածությունը թեթևացնելու համար շատ կարևոր է շփումն այլ մարդկանց հետ. բարձրաձայնեք Ձեր վախերի ու տագնապների մասին, իսկ ընկերներն ու հարազատները կարող են օգնել Ձեզ հաղթահարելու դրանք: Բացի

այդ, Դուք կարող եք խոսել նաև հոգեբանի, քահանայի հետ կամ դիմել հատուկ «աջակցման խմբի» օգնությանը: Այսպիսի շփումները կարող են հանգեցնել ոչ միայն հոգեբանական, այլև ֆիզիկական թեթևացման: Եթե Ձեզ համար դժվար է անկեղծանալ այլ մարդկանց հետ, ապա գոյություն ունեն սեփական մտքերն ու զգացումներն արտահայտելու այլ եղանակներ: Ահա՛ մի քանի տարբերակներ, որոնք կարող եք կիրառել՝

- օրագիր կամ անձնական բլոգ վարել,
- ստեղծագործել (օրինակ՝ նկարել),
- զբաղվել կրոնական կամ հոգևոր գործունեությամբ,
- կարդալ,
- մի փոքր «դանդաղեցնել» կյանքի ռիթմը և հանգստանալ:



Մյուս հնարավոր տարբերակն է դիմել քաղցկեղով հիվանդների խնդիրներով զբաղվող կազմակերպություններին: Այնտեղ Ձեզ կօգնեն հասկանալ՝ ինչպես կողմնորոշվել առողջապահության համակարգում, կներկայացնեն Ձեր իրավունքները և կտրամադրեն համապատասխան խորհրդատուների, կրթական և տեղեկատվական կենտրոնների կոնտակտային տվյալներ, եթե այդպիսիք գործում են Ձեր բնակավայրում:

Անգամ արտահայտելով իրենց ապրումները՝ հիվանդները (և նրանց մտերիմները) կարող են շարունակել զգալ հոգե-

բանական և սոցիալական դժվարություններ: Եթե տագնապ եք զգում և չեք կարողանում հաղթահարել դեպրեսիան կամ սթրեսը, մտածեք այն մասին, որ կարող եք խոսել Ձեր բուժմամբ զբաղվող մասնագետների, օրինակ՝ բուժքրոջ հետ: Ուռուցքաբանության ոլորտում աշխատող բուժքույրերը ոչ միայն հմուտ են քաղցկեղի և դրա կողմնակի ազդեցությունների բուժման հարցում, այլև կարող են օգնել Ձեզ հաղթահարել հոգեբանական դժվարությունները՝ աջակցել Ձեզ հոգեպես:

ՀԱՐՑԵՐ ԿՈՂՄՆԱԿԻ ԱԶԴԵՑՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՄԱՍԻՆ, ՈՐՈՒՔ ԿԱՐՈՂ ԵՔ ՈՒՂԴԵԼ ԲԺՇԿԻՆ

- Ի՞նչ հնարավոր կարճաժամկետ և երկարաժամկետ կողմնակի ազդեցություններ ունի բուժման իմ ծրագրում ներառված մեթոդներից յուրաքանչյուրը:
- Հնարավոր է, արդյոք, նախապատրաստվել բուժմանը և նվազեցնել որոշակի կողմնակի ազդեցությունների առաջացման հավանականությունը:
- Ինչպե՞ս կարելի է վերահսկել հնարավոր կողմնակի ազդեցությունները:
- Կարո՞ղ է, արդյոք, նշանակված բուժման մեթոդներից որևէ մեկն ազդել երեխա ունենալու իմ կարողության վրա: Արդյո՞ք անհրաժեշտ է խոսել պտղաբերության գծով մասնագետի հետ՝ նախքան բուժման մեկնարկը: Կա՞ն, արդյոք, բուժման այլ եղանակներ, որոնք պտղաբերությանն այդքան էլ մեծ վտանգ չեն սպառնում, բայց նույնքան արդյունավետ են:
- Ի՞նչ է հարկավոր անել, եթե զարգանա նոր կողմնակի ազդեցություն կամ առկաններից որևէ մեկն էլ ավելի խորանա:
- Բուժման ընթացքում ինչպե՞ս կարող եմ ինձ հնարավորինս առողջ պահել:
- Ապրելակերպի ի՞նչ փոփոխություններ պետք է հաշվի առնել բուժման ընթացքում: Ինչպիսի՞ն սննդային հավելումներ կամ սննդակարգի փոփոխություններ խորհուրդ կտաք:
- Ի՞նչ օժանդակ ծառայություններ են հասանելի ինձ և իմ ընտանիքին:

ԲՈՒԺՈՒՄԻՑ ՀԵՏՈ ՀԻՎԱՆԴԻ ՀԵՏԱԳԱ ՀՍԿՈՂՈՒԹՅՈՒՆ ԵՎ ՌԵԱԲԻԼԻՏԱՑԻԱ



Բուժման ավարտից հետո բժիշկը կազմում է հիվանդի հետագա հսկողության և ռեաբիլիտացիայի ծրագիր, որը կարող է ընդգրկել կանոնավոր բուժզննումներ և անհրաժեշտ հետազոտություններ, օրինակ՝ մամոգրաֆիա՝ վերահսկելու հիվանդի վիճակն առաջիկա ամիսների կամ տարիների ընթացքում: Բուժման ծրագիրը կարող է ներառել նաև ընթացիկ կամ ուշացած կողմնակի ազդեցությունների վերահսկումը: Օրինակ՝ անտրացիկլիններ

(հատուկ քիմիաթերապևտիկ դեղամիջոցներ) կամ տրաստուզումաբ ընդունող կանանց շրջանում բարձրանում է սրտի հիվանդությունների վտանգը: Քննարկե՛ք բժշկի հետ, թե ինչպես կարելի է կանխարգելել այդ բարդությունները:

Կրծքագեղձի քաղցկեղի ակտիվ բուժումը քաղցկեղի դեմ պայքարի ընդամենը առաջին փուլն է:

Բացի այդ, տամօքսիֆեն ընդունող կանայք պետք է ամենամյա բուժզննման ենթարկվեն գինեկոլոգի կողմից, քանի որ այդ դեղամիջոցը կարող է նպաստել էնդոմետրիոմի քաղցկեղի ռիսկի որոշակի բարձրացմանը: Անհապաղ տեղեկացրե՛ք բժշկին կամ բուժքրոջն արգանդային արտասովոր արյունահոսությունների մասին, եթե դրանք կապված չեն դաշտանի հետ, կամ ցանկացած այլ՝ նոր ի հայտ եկած ախտանիշների մասին: Արոմատազայի ինհիբիտորների նշանակումից առաջ հարկավոր է հատուկ հետազոտությամբ պարզել հիվանդի ոսկրային հյուսվածքների խտությունը, իսկ բուժման ավարտից հետո ևս մեկ անգամ կրկնել միևնույն հետազոտությունը, քանի որ արոմատազայի ինհիբիտորները կարող են նպաստել ոսկրային հյուսվածքի նոսրացմանը կամ թուլացմանը:

Կրծքագեղձի քաղցկեղի հիմնական բուժման ընթացքում կանայք կարող են առնչվել այնպիսի կողմնակի ազդեցությունների, որոնք բուժումից հետո ևս կարող են շարունակական բնույթ կրել, սակայն, հաճախ, դրանք հնարավոր է վերահսկել: Օրինակ՝ գոյություն ունեն մի շարք դեղամիջոցներ, որոնք մեղմացնում են նեյրոպաթիայի դրսևորումները (ծակծկոց կամ ոտնաթաթերի ու ձեռքերի թմրություն), դաշտանադադարի ավտանիշները և հոդացավերը: Երբեմն բուժման ընթացքում և դրանից հետո կանանց անհանգստություն է պատճառում հեշտոցի չորությունը, ինչպես նաև նկատվում է լիբիդոյի՝ սեքսուալ գրավչության անկում: Այս կողմնակի ազդեցություններն անհատական բնույթ են կրում, որոնք հնարավոր է վերահսկել՝ գինեկոլոգի և ուռուցքաբանի համատեղ ջանքերի շնորհիվ: Բացի այդ, գոյություն ունեն հատուկ կլինիկաներ, որոնք մասնագիտացած են կրծքագեղձի քաղցկեղի հիմնական բուժումն ավարտած կանանց հետագա հսկողության և ռեաբիլիտացիայի ոլորտում:

Ցավոք, քաղցկեղի կրկնության հավանականությունը հնարավոր չէ իսպառ վերացնել: Ուստի որքան էլ այս միտքը սարսափելի լինի Ձեզ համար, այնուամենայնիվ, շատ կարևոր է ուշադիր լինել սեփական առողջական վիճակի նկատմամբ՝ չանտեսելով հիվանդության հնարավոր կրկնությունը: Ռեցիդիվի հավանական փստանիշները կարող են լինել՝

- կրծքագեղձում, թևատակում կամ կրծքավանդակի առաջնային պատում նոր ի հայտ եկած գոյացություն/պնդացում,

- անդադար ցավ, որը հնարվոր չէ մեղմել սովորական ցավազրկող դեղամիջոցներով,
- ոսկրային ցավեր կամ կոտրվածքներ,
- գլխապտույտ կամ ցնցումներ,
- քրոնիկ հազ կամ շնչառության խանգարում,
- որովայնի ցավ կամ դեղնախտ (դեղնած մաշկ կամ աչքեր),
- արտահայտված թուլություն,
- ընդհանուր տկարություն/վատառողջություն:

Վերոնշյալ փստանիշերից որևէ մեկի առկայության կամ Ձեր առողջական վիճակում որևէ այլ փոփոխություն նկատելու դեպքում դիմե՛ք Ձեր բժշկին:

Կրծքագեղձի քաղցկեղի բուժում ստացած կանանց խորհուրդ է տրվում առողջ ապրելակերպ վարել՝ պահպանել մարմնի օպտիմալ քաշը, չծխել, սահմանափակել ալկոհոլի օգտագործումը, հետևել հավասարակշռված սննդակարգի: Բացի այդ, հարկավոր է կանոնավոր կերպով անցնել սկրինինգային հետազոտություններ: Քննարկե՛ք բժշկի կամ բուժքրոջ հետ Ձեզ համար ամենաօպտիմալ ռեաբիլիտացիայի ծրագիրը: Օգտակար է նաև ֆիզիկական չափավոր ակտիվությունը. ֆիզիկական ծանրաբեռնվածությունը կօգնի ոչ միայն վերականգնել ուժերն ու էներգիան, այլև կնպաստի ռեցիդիվի ռիսկի նվազեցմանը: Մասնագետները կառաջարկեն այնպիսի ֆիզիկական վարժություններ, որոնք կհամապատասխանեն Ձեր առողջական վիճակին, կարիքներին և ֆիզիկական պատրաստվածությանը:

ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԵԶՐՈՒՅԹՆԵՐԻ ԲԱՌԱՐԱՆ

BRCA1/BRCA2՝ կրծքագեղձի քաղցկեղի գեներ, որոնց մուտացիաները (ձևափոխումները) բարձրացնում են կրծքագեղձում և որոշ այլ օրգաններում քաղցկեղի առաջացման հավանականությունը:

HER2՝ ռեցեպտոր սպիտակուց, որը կարգավորում է բջիջների բնական աճը, բազմացումն ու վերարտադրությունը: Սակայն HER2 սպիտակուցի ավելցուկը կարող է նպաստել ուռուցքի զարգացմանը:

In situ՝ տեղում: Նշանակում է, որ ուռուցքը չի տարածվել դեպի շրջակա հյուսվածքներ, «*in situ* քաղցկեղ» եզրույթի հոմանիշներն են՝ տեղային կամ ոչ ինվազիվ քաղցկեղ:

Ադյուվանտ թերապիա՝ անցկացվում է հիմնական բուժումից, սովորաբար, վիրահատական միջամտությունից հետո՝ նվազեցնելու քաղցկեղի ռեցիդիվի (կրկնության) հավանականությունը: Ադյուվանտ թերապիան ոչնչացնում է այն ուռուցքային բջիջները, որոնք մնացել են մարմնում հիմնական բուժումից հետո: Ադյուվանտ են համարվում քիմիաթերապիան, ճառագայթային թերապիան, հորմոնալ թերապիան և/կամ թիրախային թերապիան:

Ախտորոշիչ վիզուալիզացիա՝ հետազոտություն, որի ընթացքում ստեղծվում են ներքին օրգանների և հյուսվածքների պատկերներ: Վիզուալիզացիան կարող է տարբեր նպատակներ հետապնդել՝ ախտորոշում կայացնել, բուժման ծրագիր կազմել և վերահսկել դրա արդյունավետությունը, հետևել հիվանդության զարգացմանը:

Ապաքինում՝ առողջության լիարժեք վերականգնում: Քաղցկեղի դեպքում ապաքինման մասին կարելի է խոսել հինգ տարի անց, եթե այդ ընթացքում ուռուցքը կրկին չի առաջացել: Այնուամենայնիվ, եթե խոսքը ուռուցքային հիվանդությունների մասին է, ապա «ապաքինում» տերմինը պետք է զգուշորեն օգտագործել: Երբեմն բուժման ընթացքում չի հաջողվում ոչնչացնել ուռուցքային բոլոր բջիջները, և որոշ ժամանակ անց հիվանդությունը վերադառնում է: Ռեցիդիվը հնարավոր է նաև հինգ կամ ավելի տարի անց:

Ապրելիություն՝ այս ազրույթը մի քանի սահմանում ունի: Առավել տարածվածներից են՝ բուժման ավարտից հետո հիվանդության ախտանիշների բացակայություն և կյանքն ուռուցքային հիվանդացությամբ հանդերձ՝ բուժման ընթացքում ու դրանից հետո:

Ավշահանգույցներ՝ լրբաձև փոքրիկ մարմիններ, որոնք օգնում են օրգանիզմին պայքարել ինֆեկցիայի դեմ: Ավշահանգույցների անվանումը պայմանավորված է դրանց գտնվելու վայրով, օրինակ՝ կրծքագեղձի ներքին ավշահանգույցներ, անութափոսում տեղակայված՝ անութային ավշահանգույցներ, պարանոցի հատվածում տեղակայված՝ պարանոցային ավշահանգույցներ, անրակից վերև տեղակայված՝ վերանրակային ավշահանգույցներ: Պահակային են կոչվում այն ավշահանգույցները, որոնց կրծքագեղձից արտահոսող ավիշն առաջին հերթին է հասնում: Դրանցում ավելի շուտ են հայտնվում քաղցկեղածին բջիջները:

Ավշային համակարգ՝ համակարգ, որը կազմված է հատուկ օրգաններից, ծորաններից և բարակ անոթների ճյուղավորված ցանցից, որոնցով հեղուկը լցվում է արյան մեջ և դուրս գալիս այնտեղից, ինչպես նաև ավշային անոթներով դուրս է գալիս օրգաններից և հյուսվածքներից: Ավշային անոթների համակարգով քաղցկեղը կարող է տարածվել դեպի մարմնի այլ հատվածներ:

Արոմատազայի ինհիբիտորներ՝ հորմոնալ թերապիայի համար նախատեսված դեղամիջոցներ, որոնք կանխում են էստրոգենների սինթեզին անհրաժեշտ արոմատազայի ֆերմենտների ակտիվությունը: Դրա շնորհիվ օրգանիզմում էստրոգենների քանակը նվազում է:

Բարորակ ուռուցք՝ ուռուցք, որը չարորակ չէ, չի տարածվում դեպի շրջակա հյուսվածքներ կամ մարմնի այլ հատվածներ:

Բիլթ՝ կրծքագեղձի կառուցվածքային տարր, որը կազմված է փոքրիկ մասնիկներից՝ բլթակներից, որտեղ գտնվում են լակտացիայի ժամանակ կաթնարտադրությունն ապահովող բջիջները:

Բիոպսիա՝ միջամտություն, որի ընթացքում ախտահարված օրգանից վերցնում են հյուսվածքի փոքր հատված, որն այնուհետև մանրակրկիտ ուսումնասիրում են մանրադիտակի օգնությամբ: Քաղցկեղի առկայության մասին կարելի է կասկածել նաև այլ հետազոտությունների արդյունքների հիման վրա, սակայն միայն բիոպսիան է թույլ տալիս ճիշտ ախտորոշում կայացնել:

Բջիջներ՝ փոքրիկ «աղյուսներ», որոնցից կազմված է մարդու մարմինը:

Բրախիթերապիա՝ ճառագայթային թերապիա, որի ընթացքում (վիրահատարանում) ճառագայթման աղբյուրը մոտեցվում է անմիջապես ախտահարված օրգանին, կամ ուռուցքը շրջապատող հյուսվածքների մեջ տեղադրվում են ռադիոակտիվ փոքր գնդիկներ կամ հատիկներ: Բրախիթերապիան այլ կերպ անվանում են նաև կոնտակտային ճառագայթային թերապիա:

Քուժման չափորոշիչ՝ փորձագետների կողմից հաստատված բուժման ծրագիր կամ ուղեցույց, որը նկարագրում է տվյալ հիվանդության առավել օպտիմալ և/կամ արդյունավետ բուժման եղանակը:

Դեղամիջոցներ, որոնք ազդում են ոսկրային հյուսվածքների վրա՝ դեղամիջոցներ (օրինակ՝ բիսֆոսֆոնատներ և դենոսումաբ), որոնք կիրառվում են ոսկրերում մետաստազների առկայության դեպքում: Դրանք ամրացնում են ոսկրերը, մեղմացնում ցավը և նվազեցնում կոտրվածքների հավանականությունը:

Դուրսգրման էպիկրիզ՝ փաստաթուղթ, որում համառոտ ներկայացված է քաղցկեղի դեմ անցկացված բուժումը: Հաճախ դրան կցվում է նաև հետագա հսկողության ծրագիրը՝ վերահսկելու հիվանդի վիճակը բուժումից հետո:

Երկրորդային ուռուցք՝ նոր ուռուցք, որն առաջանում է բուժման ավարտից հետո: Այն կարող է լինել առաջնային (քաղցկեղի այլ տեսակ) կամ երկրորդային, եթե առաջին ուռուցքը տարածվել է մարմնի այլ հատվածներում (տես մետաստազավորում):

Թիրախային թերապիա՝ բուժում դեղամիջոցներով, որոնք ազդեցություն են գործում ուռուցքի աճն ու կենսագործունեությունը պայմանավորող որոշակի գեների, սպիտակուցների կամ այլ մոլեկուլների վրա:

Ինվազիվ քաղցկեղ՝ քաղցկեղ, որը տարածվել է առաջացման մակերեսի սահմաններից դուրս: Ինվազիվ քաղցկեղը կարող է տարածվել դեպի այլ հյուսվածքներ կամ օրգաններ, այդ պատճառով կոչվում է նաև ինֆիլտրատիվ քաղցկեղ:

Լաբորատոր հետազոտություն՝ գործընթաց, որի ժամանակ հետազոտվում են արյան, մեզի և մարմնի այլ հեղուկների/հյուսվածքների նմուշներ: Լաբորատոր հետազոտության նպատակներն են՝ ախտորոշում կայացնել, բուժման ծրագիր կազմել և վերահսկել դրա արդյունավետությունը, հետևել հիվանդության զարգացմանը:

Լամպեկտոմիա՝ վիրահատական միջամտություն, որի ընթացքում հեռացվում են միայն ուռուցքը և քաղցկեղով ախտահարված հյուսվածքը, իսկ կրծքագեղձը պահպանվում է: Լամպեկտոմիան նաև անվանում են կրծքագեղձի օրգանպահպան վիրահատություն կամ արմատական/սեկտորալ մասնահատում:

Լիմֆոեդեմա՝ հեղուկի՝ ավշի ոչ նորմալ քանակությամբ կուտակում, որը հանգեցնում է այտուցման (սովորաբար՝ վերջույթների շրջանում):

Շորաններ՝ խողովակաձև կառուցվածքային տարրեր, որոնք միացնում են կրծքագեղձի գեղձերը, բլթերը և բլթակները, և որոնց միջոցով կաթն անցնում է դեպի պտուկ:

Կանխատեսում՝ ապաքինման/առողջացման հավանականություն, հիվանդության ելքի ենթադրություն:

Կլինիկական հետազոտություն՝ գիտական հետազոտություն, որին մասնակցում են կամավորները: Ավելի հաճախ կլինիկական հետազոտության ընթացքում գնահատվում են բուժման նոր մեթոդի և/կամ կանխարգելման անվտանգությունն ու արդյունավետությունը, ինչպես նաև, թե որքանով է այն որակապես գերազանցում գոյություն ունեցող (հիմնական) մեթոդները:

Կողմնակի ազդեցություն՝ բուժման անցանկալի արդյունք, օրինակ՝ թուլություն, սրտխառնոց, փսխում կամ մազաթափություն:

Կրծքագեղձի արտաքին պրոթեզ՝ արհեստական կրծքագեղձ՝ պատրաստված սիլիկոնե թանձրանյութից, փրփրանյութից, արհեստական մանրաթելերից կամ այլ նյութերից: Պրոթեզն ունի կրծքագեղձի նույն կառուցվածքն ու քաշը և շոշափելիս բնական կուրծք է հիշեցնում: Կրծքագեղձի արտաքին պրոթեզի շնորհիվ կինը կարող է մասսեժավորմանից հետո վերականգնել կրծքի բնական տեսքը՝ խուսափելով լրացուցիչ վիրահատությունից:

Համակարգչային տոմոգրաֆիա (ՀՏ)՝ վիզուալ հետազոտության մեթոդ, որի ժամանակ ռենտգենյան ճառագայթների օգնությամբ ստեղծվում են ներքին օրգանների եռաչափ նկարներ: Համակարգիչը համադրում և միավորում է այդ եռաչափ նկարները՝ ստեղծելով մանրամասն խաչաձև պատկեր, որում տեսանելի են ցանկացած շեղումներ կամ գոյացություններ:

Հեռահար ճառագայթային թերապիա՝ ճառագայթային թերապիայի տեսակ, որի ընթացքում ուռուցքը ճառագայթվում է մարմնից դուրս գտնվող հատուկ սարքից:

Հետագա հսկողության ծրագիր՝ անհրաժեշտ զննումների և հետազոտությունների անհատական ծրագիր (օրինակ՝ մամոգրաֆիայի անցկացման ժամանակացույց)՝ վերահսկելու հիվանդի վիճակն առաջիկա ամիսների կամ տարիների ընթացքում: Հետագա հսկողության ծրագիրը կազմվում է քաղցկեղի ակտիվ բուժումն ավարտելուց հետո և հաճախ ընդգրկվում է դուրսգրման էպիկրիզում:

Հոգեբանական ազդեցություններ՝ հուզական և սոցիալական խնդիրներ՝ կապված ուռուցքային հիվանդությունների և դրանց բուժման հետ, որոնք կարող են լրջորեն ազդել հիվանդի վիճակի վրա: Հոգեբանական ազդեցություններ են համարվում տեղեկատվության և աջակցության պակասը, հուզական խնդիրները, որոնք ուղեկցվում են դեպրեսիայով և տագնապով, տեղաշարժվելու դժվարությունները, սովորելու, աշխատելու կամ ընտանեկան կյանքին մասնակցելու անհնարինությունը, ֆինանսական միջոցների սղությունը:

Հորմոնալ թերապիա՝ բուժում, որը նվազեցնում է օրգանիզմում սեռական հորմոնների մակարդակը կամ արգելափակում է դրանց գործունեությունը, ինչը հանգեցնում է նրան, որ ուռուցքային բջիջները ոչնչանում են կամ դադարում են կիսվել և բազմանալ: Հորմոնալ թերապիան նաև անվանում են հորմոնալ թերապիա կամ էնդոկրին թերապիա:

Հորմոնների ռեցեպտորներ՝

համապատասխան հորմոնի հետ փոխկապակցված սպիտակուցներ, որոնք, սովորաբար, բջիջների մեջ են գտնվում: Երբ հորմոնը կապակցվում է ռեցեպտորի հետ, բջիջ ներսում տեղի են ունենում տարբեր ռեակցիաներ և գործողություններ (ներառյալ աճ և բազմացում):

Ձվարանների ֆունկցիայի

ընկճում/ճնշում՝ հորմոնալ թերապիայի տեսակ, որը կարող է կիրառվել կրծքագեղձի քաղցկեղի բուժման մյուս մեթոդներից՝ վիրահատությունից, քիմիաթերապիայից և/կամ ճառագայթային թերապիայից հետո: Հատուկ դեղամիջոցների օգնությամբ կասեցվում է ձվարանների ֆունկցիան, և նրանք դադարում են սինթեզել հորմոններ: Բուժման այս տեսակը կիրառվում է կրծքագեղձի՝ հորմոններով պայմանավորված քաղցկեղի դեպքում, եթե կինը չի գտնվում դաշտանադադարի շրջանում: Երբեմն կատարվում է ձվարանների վիրահատական հեռացում (օվարիէկտոմիա), սակայն նման վիրահատության հորմոնալ ազդեցություններն անդառնալի են:

Ճառագայթային թերապիա՝

ռենտգենյան ճառագայթների կամ այլ մասնիկների միջոցով ուռուցքային բջիջների ոչնչացում (հոմանիշը՝ ռադիոթերապիա):

Մամոգրաֆիա՝ հատուկ ռենտգեն-գրաֆիկական հետազոտություն, որը կոչված է գնահատելու կրծքագեղձերի վիճակը: Մամոգրաֆիայի ժամանակ ստացված ռենտգենյան նկարները կոչվում են մամոգրամաներ, որոնց վրա հնարավոր է տեսնել փոքր ուռուցքներ կամ կրծքագեղձի կառուցվածքային փոփոխություններ:

Մասնահատման եզրեր՝ ուռուցքը շրջապատող առողջ հյուսվածքների փոքրիկ հատված, որը հեռացնում են վիրահատության ժամանակ: Ընդ որում, հյուսվածքի այդ հատվածը հարկավոր է հեռացնել այնպիսի չափով, որ մասնահատման եզրերը մաքուր լինեն (այսինքն՝ չպարունակեն ուռուցքային բջիջներ):

Մաստէկտոմիա՝ վիրահատություն, որի ընթացքում կրծքագեղձը հեռացվում է ամբողջությամբ: Սովորական մաստէկտոմիայի դեպքում հեռացվում է միայն կրծքագեղձը, իսկ կրծքագեղձի հետևում տեղակայված կրծքամկանները և անոթային ավշահանգույցները պահպանվում են: Մոդիֆիկացված արմատական մաստէկտոմիայի դեպքում հեռացվում են և՛ կրծքագեղձը, և՛ անոթային ավշահանգույցները:

Տարբերակում են նաև ենթամաշկային մաստէկտոմիա՝ մաշկի պահպանմամբ, և տոտալ ենթամաշկային մաստէկտոմիա՝ մաշկի և պտուկի պահպանմամբ:

Մետաստազավորում՝ քաղցկեղի տարածումն օրգանիզմի այլ հատվածներում: Ուռուցքի աճի հետ միաժամանակ բջիջները կարող են անջատվել դրանից և արյունատար ու ավշային անոթների միջոցով հայտնվել մարմնի այլ հատվածներում՝ ավշահանգույցներում, գլխուղեղում, թոքերում, ոսկրերում, լյարդում և այլն:

Նեոադյուվանտ թերապիա՝ կիրառվում է քաղցկեղի հիմնական բուժումից (ամենից հաճախ՝ լամպեկտոմիայից կամ մաստէկտոմիայից) առաջ՝ ուռուցքը փոքրացնելու և հեշտացնելու դրա հեռացումը: Նեոադյուվանտ կարող են լինել քիմիաթերապիան, ճառագայթային թերապիան կամ հորմոնալ թերապիան:

Նորագոյացություն՝ ուռուցք:

Չարորակ ուռուցք՝ ուռուցք, որը կարող է տարածվել դեպի շրջակա հյուսվածքներ կամ մարմնի այլ հատվածներ:

Չարորակության աստիճան՝ նկարագրում է, թե որքանով են կրծքագեղձի առողջ բջիջները տարբերվում քաղցկեղային բջիջներից, երբ վերջիններս հետազոտվում են մանրադիտակով: Սովորաբար, պատոմորֆոլոգն ուսումնասիրում է բջիջների ձևը, չափը և գույնը: Եթե ուռուցքը նմանվում է առողջ հյուսվածքի, ապա այն անվանում են բարձր դիֆերենցված քաղցկեղ (կամ ուռուցքի չարորակության ցածր աստիճան): Եթե նորագոյացությունը խիստ տարբերվում է առողջ հյուսվածքից, ապա ուռուցքն անվանում են ցածր դիֆերենցված (կամ չդիֆերենցված) քաղցկեղ՝ չարորակության բարձր աս-

տիճանով: Ուռուցքի չարորակության աստիճանը կարող է օգնել բժշկին՝ կանխատեսելու քաղցկեղի տարածման արագությունը: Սովորաբար, որքան ցածր է լինում ուռուցքի չարորակության աստիճանը, այնքան դրական է լինում կանխատեսումը:

Պալիատիվ/սիմպտոմատիկ թերապիա՝ բուժման մեթոդների շարք, որոնց ընդհանուր նպատակն է մեղմացնել հիմնական բուժման հետևանքով առաջացած կողմնակի ազդեցությունները կամ ախտանիշների արտահայտվածությունը, բարելավել կյանքի որակը, աջակցել հիվանդներին և նրանց հարազատներին:

Պատասխան՝ քիմիաթերապիայից, ճառագայթային թերապիայից, հորմոնալ թերապիայից, թիրախային թերապիայից կամ բուժման ցանկացած այլ մեթոդի ավարտից հետո ուռուցքի չափի փոքրացում:

Պատոմորֆոլոգ՝ բժիշկ, ով մասնագիտանում է հիվանդությունների լաբորատոր ախտորոշման գործում: Նա մեկնաբանում է տարբեր հետազոտությունների արդյունքները և գնահատում բջիջների, օրգանների և հյուսվածքների վիճակը ճշգրիտ ախտորոշում կայացնելու նպատակով:

Պնևմոնիտ՝ թոքային հյուսվածքների բորբոքում/այտուց, որը պայմանավորված է ճառագայթմամբ:

**Պոզիտրոնային ճառագայթման/
էմիսիոն տոմոգրաֆիա (ՊԷՏ)՝**

հետազոտություն, որն իրականացվում է քաղցկեղի ախտորոշման, ինչպես նաև հիվանդության փուլը պարզելու նպատակով: Երբեմն ՊԷՏ-ի օգնությամբ գնահատում են բուժման, օրինակ՝ քիմիաթերապիայի կամ ճառագայթային թերապիայի արդյունավետությունը: ՊԷՏ-ի միջոցով ստացված տվյալները, սովորաբար, համալրում են այլ հետազոտությունների՝ համակարգչային տոմոգրաֆիայի (<S>), մագնիսառեզոնանսային տոմոգրաֆիայի (ՄՌՏ) և բուժզննման արդյունքները:

Պրոտոկոլ՝ ծրագիր, որտեղ նկարագրված են անհրաժեշտ հետազոտություններն ու պրոցեդուրաները, թվարկված են դեղորայքային միջոցները (չափաբաժիններով), տրված են բուժման սխեման և շարունակականությունը:

Ռեցիդիվ՝ քաղցկեղ, որը կրկին առաջանում է բուժման ավարտից որոշ ժամանակ անց: Քաղցկեղը կարող է կրկնվել միևնույն տեղում (լոկոռեգիոնար ռեցիդիվ), սկզբնական ուռուցքին հարող ավշահանգույցներում կամ հյուսվածքներում (տարածքային ռեցիդիվ), ինչպես նաև մարմնի այլ հատվածներում (հեռավոր մետաստազներ): Տարածքային ռեցիդիվի դեպքում, սովորաբար, քաղցկեղը տարածվում է անմիջապես իրեն հարող հյուսվածքներում, իսկ հեռավոր մետաստազների դեպքում ուռուցքային բջիջներն արյան կամ ավշի միջոցով տարածվում են ողջ օրգանիզմում:

Ռիսկ՝ որևէ իրադարձության տեղի ունենալու հավանականություն:

Սկրինինգ՝ պարբերական պրոցեդուրաներ կամ հետազոտություններ, որոնց նպատակն է բացահայտել հիվանդությունը կամ գնահատել դրա առաջացման ռիսկը, եթե բացակայում են հիվանդության ախտանիշները:

Վերականգնում՝ պլաստիկ վիրահատություն, որի միջոցով վերականգնվում է կրծքագեղձը, և կուրծքը ստանում է իր բնական տեսքը: Վերականգնողական վիրահատությունը կարելի է կատարել մաստէկտոմիայի հետ միաժամանակ կամ ավելի ուշ՝ ամիսներ, անգամ տարիներ անց:

Վիրաբուժական միջամտություն՝ վիրահատության ընթացքում ուռուցքի հեռացում:

Ուշացած կողմնակի ազդեցություններ՝ քաղցկեղի բուժման (օրինակ՝ քիմիաթերապիայի, ճառագայթային թերապիայի կամ վիրաբուժական միջամտության) կողմնակի ազդեցություններ, որոնք ի հայտ են գալիս բուժման ավարտից ամիսներ կամ տարիներ անց:

Ուռուցք՝ բջիջների խմբավորում, որն առաջանում է առողջ բջիջների ձևափոխման և դրանց անկառավարելի աճի հետևանքով: Ուռուցքը կարող է լինել բարորակ (ոչ քաղցկեղային) կամ չարորակ (քաղցկեղային, որը կարող է տարածվել դեպի մարմնի այլ հատվածներ):

Ձեր կարծիքը «ASCO-ի պատասխաններ. կրծքագեղձի քաղցկեղ» գրքույկի մասին

Հարցումն անվճար է, անանուն, անձնական տվյալների գրանցում չի պահանջում: Աստղանիշով հարցերին պատասխանելը պարտադիր է: Խնդրում ենք լրացրած հարցաթերթիկը վերադարձնել Ձեզ բուժող բժշկին:

* **Հարց 1. Գրքույկում ներկայացված տեղեկություններն օգտակար են պացիենտների համար:**

- 1 – Բացարձակապես համաձայն չեմ
- 2 – Հիմնականում համաձայն չեմ
- 3 – Հիմնականում համաձայն եմ
- 4 – Միանգամայն համաձայն եմ

* **Հարց 2. Գրքույկում ներկայացված տեղեկություններն օգտակար են պացիենտների հարազատների և մտերիմների համար:**

- 1 – Բացարձակապես համաձայն չեմ
- 2 – Հիմնականում համաձայն չեմ
- 3 – Հիմնականում համաձայն եմ
- 4 – Միանգամայն համաձայն եմ

* **Հարց 3. Խորհուրդ կտամ այլ պացիենտների՝ ծանոթանալ գրքույկի բովանդակությանը:**

- 1 – Բացարձակապես համաձայն չեմ
- 2 – Հիմնականում համաձայն չեմ
- 3 – Հիմնականում համաձայն եմ
- 4 – Միանգամայն համաձայն եմ

* **Հարց 4. Գրքույկը կարդալուց հետո ավելի լավ եմ պատկերացնում իմ խնդիրը և բուժմանս տարբերակները:**

- 1 – Բացարձակապես համաձայն չեմ
- 2 – Հիմնականում համաձայն չեմ
- 3 – Հիմնականում համաձայն եմ
- 4 – Միանգամայն համաձայն եմ

* **Հարց 5. Կարդալով գրքույկում ներկայացված տեղեկությունները՝ ստացա ինձ հուզող հարցերի պատասխանները:**

- 1 – Բացարձակապես համաձայն չեմ
- 2 – Հիմնականում համաձայն չեմ
- 3 – Հիմնականում համաձայն եմ
- 4 – Միանգամայն համաձայն եմ



Ձեր կարծիքը «ASCO-ի պատասխաններ. Կրծքագեղձի քաղցկեղ» գրքույկի մասին

Հարցումն անվճար է, անանուն, անձնական տվյալների գրանցում չի պահանջում: Աստղանիշով հարցերին պատասխանելը պարտադիր է: Խնդրում ենք լրացրած հարցաթերթիկը վերադարձնել Ձեզ բուժող բժշկին:

* **Հարց 6. Գրքույկում տեղեկությունները ներկայացված են մատչելի ոճով և պարզ շարադրանքով, ինչը հեշտացնում է ընթացումը:**

- 1 – Բացարձակապես համաձայն չեմ
- 2 – Հիմնականում համաձայն չեմ
- 3 – Հիմնականում համաձայն եմ
- 4 – Միանգամայն համաձայն եմ

* **Հարց 7. Գրքույկում ներկայացված տեղեկությունները հարմարեցված են ոչ պրոֆեսիոնալ լսարանին, առկա է եզրույթների բացատրություն, նյութը մատչելի է ընկալման համար:**

- 1 – Բացարձակապես համաձայն չեմ
- 2 – Հիմնականում համաձայն չեմ
- 3 – Հիմնականում համաձայն եմ
- 4 – Միանգամայն համաձայն եմ

* **Հարց 8. Ո՞ր թիրախային խմբին եք պատկանում՝**

- Առաջնային, եթե գրքույկը Ձեզ տրամադրել են որպես բուժում ստացող պացիենտ:
- Երկրորդային, եթե գրքույկին ծանոթացել եք որպես բուժում ստացող պացիենտի ընտանիքի անդամ կամ խնամատար:
- Երրորդային, եթե գրքույկին ծանոթացել եք պատճենված տեսքով կամ այն տրամադրել են Ձեզ կարճ ժամանակով՝ կարդալու և վերադարձնելու պայմանով:
- Այլ (խնդրում ենք մեկնաբանել)

Հարց 9. Այլ նկատառումներ

Ձեր կարծիքը կարող եք հայտնել նաև էլեկտրոնային տարբերակով՝ լրացնելով նույն հարցաշարը <https://www.surveymonkey.com/r/FBMSDNY> հղմամբ:





**Վ.Ա. Ֆանարջանի անվան
Ուռուցքաբանության ազգային կենտրոն**
Ֆանարջան փողոց 76, Երևան, Հայաստան
www.oncology.am



Cancer.Net-ի ողջ բովանդակությունը մշակել է Cancer.Net-ի խմբագրական խորհուրդը: Բովանդակությունը տարածվում է ASCO-ի թույլտվությամբ՝ որպես հիվանդների համար նախատեսված կրթական գործիք: ASCO-ի կողմից հիվանդների համար նախատեսված կրթական նյութերի որևէ հովանավոր ներգրավված չի եղել բովանդակության մշակման գործում: ASCO-ի՝ հիվանդների համար կրթական նյութերում զետեղված տեղեկությունը նախատեսված չէ կիրառվելու որպես բժշկական խորհուրդ կամ փոխարինելու բուժող բժշկի մասնագիտական դատողությանը, այն նաև չի ենթադրում ASCO-ի դրական եզրակացությունը որևէ ապրանքի, ծառայության կամ ընկերության վերաբերյալ: ASCO-ն կարծում է, որ բուժմանն առնչվող բոլոր որոշումները հիվանդներն ու նրանց բժիշկները պետք է համատեղ կայացնեն: Քաղցկեղի ախտորոշման, բուժման և կանխարգելման բնագավառներում կանոնավոր առաջընթաց է տեղի ունենում: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք Cancer.Net (www.cancer.net):

ASCO-ն պատասխանատվություն չի կրում թարգմանության համար:
Տեքստը և լուսանկարները համապատասխանեցվել են ASCO-ի թույլտվությամբ:

All content from Cancer.Net was developed by the Cancer.Net Editorial Board. The content is distributed by ASCO with permission as a patient education tool. No sponsor of ASCO's patient education materials was involved in the development of the content. Information in ASCO's patient education materials is not intended as medical advice or as a substitute for the treating doctor's own professional judgement; nor does it imply ASCO endorsement of any product, service, or company. ASCO believes that all treatment decisions should be made between patients and their doctors. Advances in the diagnosis, treatment, and prevention of cancer occur regularly. For more information, visit Cancer.Net (www.cancer.net).

ASCO is not responsible for translation.
The text and photos have been adapted with permission from ASCO.



Սույն գրքուկը ֆինանսավորվել է ԱՄՆ պետքարտուղարության Հասարակայնության հետ կապերի գրասենյակի դրամաշնորհի շրջանակներում: Այս գրքուկում արտահայտված է հեղինակ(ներ)ի դիրքորոշումը, որի համընկնումը ԱՄՆ պետքարտուղարության դիրքորոշման հետ պարտադիր չէ:

This brochure was funded through a Department of State Public Affairs Section grant, and the opinions, findings and conclusions or recommendations expressed herein are those of the Author(s) and do not necessarily reflect those of the Department of State.



Տպագրվել է «ՀԵՆԱՐԱՆ» բարեգործական
հիմնադրամի նախաձեռնությամբ:

Հայերեն թարգմանությունը,
խմբագրումն ու սրբագրումն իրականացվել են
«Առողջ կրծքագեղծ» նախագծին աջակցող և
կրծքագեղծի քաղցկեղից ապաքինված
հայ կանանց մասնակցությամբ:
Ձևավորումը՝ Անահիտ Մուրադյանի

Գրքույկը տրամադրվում է ԱՆՎՃԱՐ: