



rostat**ahistoria**

PORADNIK PACJENTA



organizacja
pożytku
publicznego
KRS 0000504682



SPIS TREŚCI:

PROFILAKTYKA, DIAGNOSTYKA I LECZENIE WCZESNEJ ORAZ ZAAWANSOWANEJ POSTACI RAKA PROSTATY 7

SKĄD SIĘ BIERZE RAK PROSTATY?	8
SKRINING I WCZESNE WYKRYWANIE	11
ROZPOZNANIE RAKA GRUCZÓŁU KROKOWEGO	13
RODZAJE I ROLA BADAŃ OBRAZOWYCH	16
LECZENIE RAKA PROSTATY	19

WSPARCIE PSYCHOLOGICZNE 37

DIAGNOZA RAKA PROSTATY I ZWIĄZANE Z TYM EMOCJE	38
PACJENT DOBRZE POINFORMOWANY, TO PACJENT LEPIJ LECZĄCY SIĘ	39
MOJA CHOROBA A MOJA RODZINA	41
BLISKIE CI OSOBY RÓWNIEŻ MAJĄ PRAWO DO OTRZYMANIA WSPARCIA	43
SEKSUALNOŚĆ W TRAKCIE I PO ZAKOŃCZONYM LECZENIU	45
CO BĘDZIE DALEJ - CZYLI LĘK PRZED NIEPOWODZENIEM TERAPII	47

PROSTE HISTORIE - WSPARCIE MIĘDZY PACJENTAMI 51

STANISŁAW, CHORY NA RAKA PROSTATY, 64 LATA	52
RYSZARD, CHORY NA RAKA PROSTATY, 68 LAT	55
BARBARA, ŻONA CHOREGO NA RAKA PROSTATY RYSZARDA	58
HENRYK, CHORY NA RAKA PROSTATY, 63 LATA	61
DANUTA, ŻONA CHOREGO NA RAKA PROSTATY RYSZARDA, 67 LAT	64

DIETA W LECZENIU ONKOLOGICZNYM, HORMONALNYM 67

ROLA ŻYWIENIA MEDYCZNEGO W CHOROBIE NOWOTWOROWEJ	72
PROPOZYCJE JADŁOSPISÓW	75

POLECANE STRONY INTERNETOWE	80
ORGANIZACJE PACJENCKIE, NA KTÓRYCH STRONACH MOŻNA ZNALEŹĆ INFORMACJE O CHOROBIE	80
STRONY TOWARZYSTW NAUKOWYCH	80
O FUNDACJI ONKOCAFE - RAZEM LEPIJ	81
MIEJSCE NA NOTATKI:	82

PRZEDMOWA

Szanowni Państwo,

jako była pacjentka onkologiczna doskonale rozumiem, jak czuje się pacjent na początku leczenia. Wiem, co oznacza strach związany z samą diagnozą, ale także pamiętam, jakie obawy pojawiają się na każdym etapie leczenia. Z własnego doświadczenia wiem, że w tym niełatwym okresie życia, podczas zmagania się z chorobą, pomocny jest przewodnik, który nie pozwoli zagubić się w chaosie informacji i emocji. Dlatego w 2014 roku założyłam Fundację OnkoCafe – Razem Lepiej, która pomaga pacjentom onkologicznym i ich bliskim już od chwili postawienia diagnozy. Organizujemy spotkania, warsztaty, grupy wsparcia, rehabilitacje, oferujemy pomoc specjalistów. Realizujemy kampanie edukacyjne. Jako pacjentka i prezes Fundacji wychodzę z założenia, że pacjent dobrze poinformowany, to pacjent leczący się lepiej. W związku z tym zaprosiłam do stworzenia tego poradnika: lekarzy specjalistów, psychoonkologa i dietetyka, aby nam, pacjentom, leczyło się lepiej.

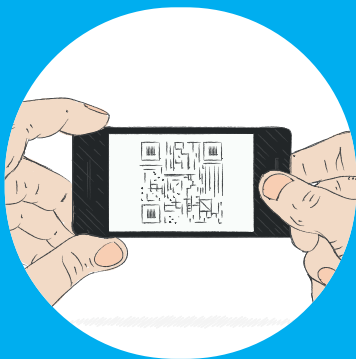


Anna Kupiecka
prezes Fundacji OnkoCafe – Razem Lepiej

organizacja
pożytku
publicznego
KRS 0000204422



Każde z działań fundacji możemy prowadzić dzięki wsparciu Darczyńców. Przekaż nam 1,5% podatku lub wpłać darowiznę. Pomóż nam pomagać.



UWAGA!

**PORADNIK ZAWIERA DODATKOWĄ
TREŚĆ WIDEO. JEŚLI ZOBACZYSZ
KOD QR, ZESKANUJ GO
UŻYWAJĄC SMARTFONA.**

**JEŚLI JEDNAK NIE POSIADASZ
TAKIEJ MOŻLIWOŚCI, NIĆ
STRĄCONEGO, ODWIEDZ STRONĘ
PROSTATAHISTORIA.PL, GDZIE
ZNAJDZIESZ TEN MATERIAŁ.**

DROGI PACJENCIE!

Czy dowiedziałeś się właśnie, że zachorowałeś na raka prostaty? Jesteś przerażony i masz zamęt w głowie? Zaktualizowaliśmy dla Ciebie wyjątkowy poradnik, który stworzyliśmy kilka lat temu z myślą o Tobie i pacjentach chorujących na ten nowotwór.

Trafił w Twoje ręce, a my mamy nadzieję, że pozwoli Ci poznać swoją chorobę i oswoić strach. Znajdziesz w nim ważne informacje o przyczynach choroby, diagnostyce i metodach leczenia nowotworów gruczołu krokowego. Pomożemy Ci zrozumieć trudne definicje i odnaleźć się w gąszczu współczesnej technologii medycznej, poprzez omówienie koniecznych do wykonania badań.

Razem z Tobą zgłębimy temat możliwych sposobów postępowania terapeutycznego takich jak: jak hormonoterapia, czy radioterapia – mamy dla Ciebie dobrą wiadomość, jest coraz więcej nowoczesnych metod leczenia raka prostaty, które pozwalają na całkowite wyleczenie choroby, jeśli ta zostanie rozpoznana odpowiednio wcześniej. Jeśli chorujesz na zaawansowaną postać nowotworu również masz szansę na skuteczne, nowoczesne leczenie, które jest w stanie wydłużyć życie o lata.

Poprosiliśmy także innych pacjentów, aby opowiedzieli Ci o tym, jak zmieniło się ich życie po diagnozie, i jak sobie poradzili w czasie choroby. Mamy nadzieję, że ich historie pozwolą Ci lepiej zrozumieć swoją chorobę.

Czytając nasz poradnik poznasz metody radzenia sobie ze stresem i wskazówki dietetyczne. Kalendarz wizyt i badań, notatnik do zapisywania poziomu PSA i zaleceń lekarskich oraz miejsce na notowanie własnych pytań pozwolą Ci uporządkować informacje i kontrolować przebieg leczenia.

Diagnoza nie jest wyrokiem, a rak jest przeciwnikiem, którego możesz pokonać! Jeśli masz wątpliwości – pytaj! Jeśli się boisz – proś o wsparcie! Jeśli nie wiesz co dalej powinieneś zrobić – porozmawiaj ze specjalistą! Pamiętaj! Nie jesteś sam! Wokół Ciebie jest mnóstwo ludzi, którzy mogą Ci pomóc!

Ta książka powstała dla Ciebie, ponieważ jesteś ważny. Podziel się nią z Bliskimi, by oni również mogli nauczyć się, jak Ci pomóc. Niech stanie się praktycznym przewodnikiem na drodze do Twojego wyleczenia.



dr n. med. Tomasz Sarosiek

Czy powinieneś się
już zbadać?



**ZOBACZ MATERIAŁ WIDEO.
ZESKANUJ KOD QR UŻYWAJĄC SMARTFONA.**





PROFILAKTYKA, DIAGNOSTYKA I LECZENIE WCZESNEJ ORAZ ZAAWANSOWANEJ POSTACI RAKA PROSTATY

DR HAB. N. MED. JAKUB ŻOŁNIEREK

Onkolog kliniczny, konsultant Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Białej Podlaskiej, uprzednio wieloletni pracownik Narodowego Instytutu Onkologii w Warszawie oraz Kliniki Onkologii z Oddziałem Przeszczepiania Szpiku Centralnego Szpitala Klinicznego MON w Warszawie. Członek Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej (PTOK), European Group for Blood and Marrow Transplantation (EBMT). Prezes Polskiej Grupy Raka Nerki, współorganizator i wykładowca konferencji naukowo-szkoleniowych organizowanych przez towarzystwa naukowe w kraju.

Rak gruczołu krokowego, inaczej rak stercza lub prostaty, jest najczęściej rozpoznawanym nowotworem złośliwym u mężczyzn.

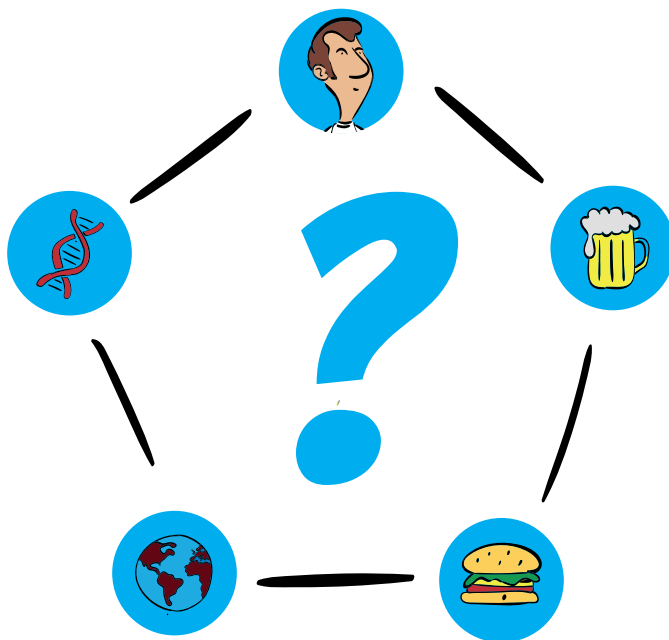
To nowotwór związany z wiekiem. Niezwykle rzadko występuje u mężczyzn poniżej 30 roku życia (ok. 5% przypadków), ale ryzyko rośnie z każdą kolejną dekadą. Wśród panów w wieku 80 lat i starszych jest bardzo częsty – stanowi 59% przypadków zachorowań.

Częstość zachorowań zależy od regionu geograficznego, który zamieszkujemy i pozostaje najwyższa w Australii, Nowej Zelandii, Ameryce Północnej (97-111 przypadków na 100 000 osób) oraz Europie Zachodniej i Północnej (85-95 przypadków na 100 000 osób). Głównymi czynnikami wpływającymi na te wskaźniki zachorowań są różnice etniczne, duża liczba wykonywanych oznaczeń stężenia PSA oraz fakt starzenia się społeczeństw. W Polsce częstość zachorowań jest niższa, niemniej szybko zrównuje się ostatnimi laty z tą obserwowaną w krajach Europy Zachodniej. Współczynniki śmiertelności nie są już tak zróżnicowane, choć pozostają najwyższe w krajach, w których przeważają mężczyźni rasy czarnej (19-29 przypadków na 100 000 osób), a najniższe w Azji (3 przypadki na 100 000 osób).

SKĄD SIĘ BIERZE RAK PROSTATY?

Wywiad rodzinny oraz rasa, czy pochodzenie etniczne mają istotny wpływ na częstość zachorowań na raka gruczołu krokowego, co sugeruje istnienie pewnych predyspozycji genetycznych. Choć prawdą jest, że tylko w niewielkiej liczbie przypadków (ok. 9%) nowotwór prostaty ma rzeczywiście taki charakter.

Należy podejrzewać obecność dziedzicznej predyspozycji zachorowania na raka gruczołu krokowego, jeśli został on rozpoznany u przynajmniej 3 członków rodziny lub jeśli stwierdzono go u dwóch krewnych, ale względnie w młodym wieku (tj. poniżej 55 roku życia). W przypadkach choroby dziedzicznej rozwija się ona zwykle 6-7 lat wcześniej niż przeciętnie, ale nie ma bardziej agresywnego przebiegu. Wyjątek stanowią przypadki chorych, u których stwierdzono mutacje w genach naprawy DNA - BRCA1 lub BRCA2, które dotychczas kojarzone były z dziedziczeniem predyspozycji zachorowania na raka piersi lub jajnika u kobiet. Przypadki te cechuje młodszy niż przeciętnie wiek zachorowania, wczesne pojawianie się przerzutów odległych oraz oporność nowotworu na stosowane zwykle w leczeniu raka prostaty klasyczne formy terapii systemowej. Do dziś jednak niewiele wiadomo na temat mechanizmów, jakie rządzą dziedziczeniem tego nowotworu. Zidentyfikowano ok. 100 genów, których uszkodzenie zwiększa ryzyko rozwoju raka stercza, ale tłumaczą one niespełna 40% przypadków zachorowań rodzinnych.



Wydaje się, że największy wpływ na ryzyko wystąpienia traka prostaty mają czynniki zewnętrzne. Świadczy o tym wymowny przykład. Otóż stwierdzono, że wśród Japończyków, a więc mężczyzn o niskim – z racji regionu świata, jaki zamieszkują – ryzyku rozwoju raka gruczołu krokowego, niebezpieczeństwo to nagle wzrasta i niemal zrównuje się z tym obserwowanym wśród Amerykanów, jeśli mężczyźni ci przenieśli się do Kalifornii. Ponadto zagrożenie zwiększają, niezależnie od siebie, takie czynniki, jak: nadciśnienie tętnicze, otyłość, podwyższone stężenie cholesterolu i/lub trójglicerydów w surowicy krwi, cukrzyca (składowe tzw. zespołu metabolicznego). Niemniej z zagadnieniem tym wiążą się też pewne wątpliwości. Okazuje się bowiem, że paradoksalnie stwierdzenie więcej niż trzech spośród wymienionych wyżej schorzeń zmniejsza ryzyko zachorowania. Sugeruje się, że np. wśród cukrzyków leczonych doustnie metforminą (ale nie innymi lekami) – rak prostaty rozwija się rzadziej, ale wyniki niektórych badań wydają się tej prawidłowości przeczyć. Podobnie rzecz się ma w przypadku zaburzonego stężenia cholesterolu (całkowitego i jego frakcji HDL i LDL). Natomiast wciąż nie stwierdzono, by specyficzna dieta, styl życia, czy zapobiegawcze stosowanie leków, zmniejszało częstość zachorowań. Dlaczego? Tego nie wiemy.

W jakim wieku warto robić badania profilaktyczne?



WARTO WIEDZIEĆ!

Rak gruczołu krokowego jest istotnym problemem zdrowotnym wśród mężczyzn, a jego występowanie jest przede wszystkim związane z wiekiem.

Wpływ czynników genetycznych, a więc i ewentualnego dziedziczenia, jest nadal przedmiotem badań, choć już dziś wiadomo, że odgrywa rolę w zwiększeniu ryzyka zachorowania na raka prostaty w jego agresywnej postaci. Nie istnieje jeszcze genetyczna diagnostyka przesiewowa.

Na częstość powstawania raka prostaty może mieć wpływ wiele czynników zewnętrznych.

Żaden z leków, w tym preparaty z grupy tzw. inhibitorów 5-alfa-reduktazy (w skrócie 5-ARIs), nie posiada rejestracji do stosowania w zapobieganiu rozwoju raka gruczołu krokowego, a selen, czy suplementy zawierające witaminę E, nie mają prewencyjnego wpływu na rozwój tego nowotworu.

Leczenie testosteronem u mężczyzn z niedorozwojem gonad nie zwiększa ryzyka zachorowania na raka gruczołu krokowego.

W zapobieganiu tej chorobie nie można rekomendować specyficznych zaleceń dietetycznych.

Badano związek pomiędzy różnymi składnikami diety, a częstością zachorowań na raka gruczołu krokowego. Ustalono, że nadużywanie alkoholu, ale także całkowita abstynencja związane są z wyższym ryzykiem zachorowania i śmierci z jego powodu. Większe niebezpieczeństwo zachorowania pozostaje także w związku z większym spożyciem potraw smażonych oraz zbyt wysokim lub zbyt niskim stężeniem witaminu D w surowicy krwi. Natomiast słaby związek istnieje pomiędzy częstością zachorowań, a spożyciem białka, czy karotenów, a żadnego wpływu na zachorowania na raka prostaty nie ma spożycie wielonienasyconych kwasów tłuszczowych (zwykle pochodzenia roślinnego, tranu itp.), czerwonego mięsa, czy selenu lub witaminy E. Te ostatnie nie mają też działania zapobiegawczego w tej chorobie.

Z badań epidemiologicznych wynika, że rak prostaty częściej rozwija się u mężczyzn palących tytoń, łysiejących, czy u osób wcześniej chorujących na rzeżączkę. Co ciekawe – nowotwór ten jest częstszy wśród pilotów. Z kolei wyższa aktywność seksualna (liczba ejakulacji powyżej 21 w miesiącu, w porównaniu do 4-7 w miesiącu) obniża ryzyko rozwoju tego nowotworu.

Sprzeczne informacje dotyczą stosowania niesterydowych leków przeciwzapalnych i aspiryny, podczas, gdy ekspozycja na światło ultrafioletowe nie ma wpływu ochronnego.

Jedynymi substancjami, które mogą oddziaływać na zapobieganie zachorowaniom, czy opóźnianie pojawienia się choroby w czasie, są leki z grupy tzw. inhibitorów 5-alfa-reduktazy (ang. 5-alpha-reductase inhibitors, w skrócie 5-ARIs). Takie działanie zostało udowodnione jednak dla nowotworów o niższym stopniu złośliwości (guzów w skali Gleason'a mniejszej niż 6) i jego podjęcie musi być bardzo rozważne i uwzględniać ryzyko działań niepożądanych stosowania tych leków oraz fakt, nieznacznego co prawda, ale jednak realnego zwiększania przez nie, niebezpieczeństwa rozwoju raka prostaty o wyższym stopniu złośliwości. Dlatego żaden z tych leków nie został zarejestrowany do stosowania profilaktycznego.

Jakie objawy powinny zaniepokoić i skierować nas do urologa?



Na co należy zwrócić uwagę, kiedy u pacjenta pojawia się podejrzenie raka prostaty?



Ryzyko zachorowania na nowotwór stercza nie jest wyższe niż średnie u mężczyzn otrzymujących leczniczo testosteron z powodu niedoczynności hormonalnej jąder.

SKRINING I WCZESNE WYKRYWANIE

Mianem skriningu określa się prowadzone w sposób systematyczny badania osób z grupy ryzyka rozwoju choroby (bez jej objawów), które są wykonywane zwykle z inicjatywy właściwych instytucji. Natomiast wczesne wykrywanie lub badanie oportunistyczne są realizowane indywidualnie przez pacjenta lub opiekującego się nim lekarza. Głównym celem obu sposobów postępowania jest zmniejszenie śmiertelności powodowanej przez chorobę oraz zachowanie odpowiedniej jakości życia w trakcie jej trwania.

Odkrycie specyficznego białka produkowanego przez komórki prostaty, czyli PSA (od ang. prostate specific antigen) zrewolucjonizowało diagnostykę raka stercza. Jest to bardzo czuły test. Ogólna zasada jego wykorzystania jest prosta – im wyższe stężenie PSA we krwi pacjenta, tym większe ryzyko, że w jego prostacie rozwija się rak – ryzyko, ale nie pewność. Uważa się, że „agresywny” skrining z wykorzystaniem oznaczeń stężenia PSA spowodował obserwowane współcześnie trendy zmniejszania śmiertelności z powodu raka gruczołu krokowego w Stanach Zjednoczonych Ameryki. Należy jednak podkreślić, że nie ma twardych dowodów naukowych, że wykonywanie oznaczeń stężenia PSA na szeroką skalę ma taki efekt. Niewątpliwie badania wykorzystujące oznaczanie stężenia PSA przyczyniły się do zwiększenia liczby wykrywanych przypadków raka i to na etapie mniejszego (tzw. lokalnego, czy

WARTO WIEDZIEĆ!

Skuteczność rozpoznawania raka prostaty w oparciu o oznaczenia stężenia PSA mogą zwiększyć różne dodatkowe parametry lub testy (np. Phi lub 4K) bo zwiększają czułość (wykrywalność raka) i specyficzność testu (pomagają wykluczyć przypadki, w których stwierdzany wzrost stężenia PSA nie jest związany z rakiem).

Oznaczenie stężenia PSA jest czułą metodą diagnostyczną różnych chorób gruczołu krokowego. Stwierdzenie nieznacznie lub umiarkowanie podwyższonego stężenia PSA w surowicy krwi nie zawsze świadczy o rozwoju raka prostaty. Z drugiej strony oznaczenie PSA przyczyniło się do zwiększenia liczby wykrywanych przypadków raka gruczołu krokowego na etapie wczesnego zaawansowania – z większą szansą na wyleczenie. Jednak nadużywanie tego badania może prowadzić do niepotrzebnej, nierzadko inwazyjnej, stwarzającej ryzyko powikłań diagnostyki, powodować niepotrzebny stres i wysokie koszty badań oraz leczenia. Zbyt wiele oznaczeń stężenia PSA może też wywoływać „nadrozpoznawalność” raka prostaty, ponieważ badanie to nie jest metodą rozpoznawania agresywnych przypadków raka gruczołu krokowego, które rzeczywiście wymagają leczenia.

ograniczonego do stercza) zaawansowania. Dzięki temu większą liczbę chorych można wyleczyć. Nowotwory bardzo zaawansowane miejscowo, czy już w momencie rozpoznania choroby rozsiane, stały się rzadsze.

Strategia ta budzi jednak wiele wątpliwości. Przede wszystkim PSA jest białkiem produkowanym przez komórki gruczołu krokowego, a nie tylko komórki raka prostaty. Stwierdzenie jego zwiększonego stężenia może w części przypadków być spowodowane łagodnym przerostem gruczołu krokowego, stanami zapalnymi, niekoniecznie rozwojem nowotworu. Osobną kwestią jest nadużywanie oznaczeń PSA prowadzące do tzw. „nadrozpoznawalności” raka prostaty. Za tą nazwą kryją się przede wszystkim przypadki rozpoznania, które nie zagrażają realnie życiu chorego, a uruchamiają cały proces często inwazyjnej diagnostyki i niepotrzebnego leczenia. Wszystko powoduje ryzyko rozwoju powikłań dla osoby diagnozowanej, nie wspominając już o niepotrzebnym stresie oraz kosztach takiego postępowania. Mowa tu o nowotworach o niskim stopniu złośliwości, a więc powolnym przebiegu, rozpoznawanych u mężczyzn starszych, z licznymi chorobami towarzyszącymi, które to obciążenia są większym zagrożeniem dla ich zdrowia, czy nawet życia.

W grupie ryzyka rozwoju raka prostaty są mężczyźni po 50 roku życia lub mężczyźni po 45 roku życia, jeśli w ich rodzinie

stwierdzano zachorowania na ten rodzaj nowotworu (zarówno po stronie ojca, jak i matki). Ponadto do grupy ryzyka należą także panowie, u których w 40 roku życia stwierdzono stężenie PSA na poziomie >1 ng/ml albo >2 ng/ml w wieku 60 lat.

U nich po kilku dekadach może dojść do rozwoju choroby z przerzutami.

Optymalna częstość wykonywania badań w skriningu nie została jednoznacznie ustalona. Uważa się, że u mężczyzn z grup ryzyka badanie PSA wraz z oceną lekarską (badanie prostaty palcem przez odbyt) powinno być wykonywane co 2 lata. U pozostałych mężczyzn przyjmuje się odstęp w granicach 8 do 10 lat. Nie ustalono też, w jakim wieku skrining powinien być przerwany. Standardy mówią, że panowie, u których spodziewany czas przeżycia jest krótszy niż 10-15 lat z takiego skriningu nie skorzystają, bo wykrycie u nich raka we wczesnym stadium zaawansowania (bo taki jest cel skriningu) nie wpłynie

na długość ich życia. Po prostu rak rozwija się zwykle na tyle wolno, że rzeczywistym zagrożeniem dla zdrowia i życia tych osób są inne choroby, jak np. choroby układu krążenia. Statystyki mówią, że dotyczy to ponad 50% przypadków. A żyjemy coraz dłużej i jesteśmy coraz bardziej świadomi naszych potrzeb zdrowotnych. Dożywamy pięknego wieku będąc w coraz lepszej formie. Wszystko to sprawia, że szacowanie przewidywanego czasu przeżycia jest trudne i może być nieprawidłowe.

Jakie są objawy raka prostaty?



Kalkulator ryzyka zachorowania na raka prostaty.



Jakie badania należy wykonać?



ROZPOZNANIE RAKA GRUCZOŁU KROKOWEGO

Podejrzenie raka prostaty podejmowane jest zwykle na podstawie wyniku oznaczenia stężenia PSA w surowicy krwi i/lub badania lekarskiego prostaty przez odbyt – tzw. badanie per rectum (ang. digital rectal examination, DRE). Ale ostateczne rozpoznanie nowotworu możliwe jest tylko dzięki badaniu histopatologicznemu tkanki guza pobranej albo na drodze biopsji, albo w trakcie przezcewkowej resekcji guza (z ang. transurethral resection of the prostate, TURP), czy operacji wycięcia prostaty jako leczenia łagodnego przerostu gruczołu krokowego (wtedy rozpoznanie raka jest rozpoznaniem przypadkowym).

BADANIE GRUCZOŁU KROKOWEGO (BADANIE PER RECTUM)

Gruczoł krokowy ma w przybliżeniu budowę kulistą, czy raczej owalną. Nie jest jednorodny, ale składa się ze stref. W większości przypadków rak prostaty rozwija się w tzw. strefie obwodowej. Jak sama nazwa wskazuje, jest to część zewnętrzna gruczołu krokowego i przesunięta nieco ku tyłowi narządu. Jednocześnie prostata leży poniżej pęcherza moczowego (otaczając cewkę moczową) i przylega od przodu do odbytnicy. Dzięki temu większość guzów raka prostaty można wyczuć palcem po wsunięciu go do kieszki stolcowej chorego. Wtedy guz jest zwykle wyczuwalny przez przednią ścianę odbytnicy, którą w przypadku znacznego zaawansowania miejscowego nowotworu, może nawet naciekać.

To badanie określa się mianem badania prostaty per rectum (dosłownie – „przez odbyt”). Jeśli guz jest wyczuwalny w badaniu per rectum, to jest to wskazanie do wykonania biopsji prostaty.

Dokładna ocena budowy gruczołu krokowego oraz rozpoznawanie chorób stercza, w tym raków gruczołu krokowego, możliwa jest także w badaniu ultrasonograficznym (USG) z wykorzystaniem specjalnej głowicy przezodbytnicznej – w skrócie TRUS (od ang. transrectal ultrasound). Takie usytuowanie głowicy blisko badanego narządu pozwala na zastosowanie fal ultradźwiękowych o wysokiej częstotliwości, a przez to uzyskanie obrazu o dużej rozdzielczości. Dodatkowo obrazowanie TRUS próbuje się poprawić stosując metodę Dopplera, która stosując kod kolorów, pozwala wizualizować naczynia krwionośne.

DODATKOWE BADANIA KRWI

Na rynku dostępne są, choć odpłatnie, zarejestrowane do użycia w diagnostyce raka prostaty dodatkowe testy badania krwi, jak np. tzw. test PHI (od ang. Prostate Health Index), czy test 4K. Ich wykonanie i stwierdzenie wyniku ujemnego może uchronić pacjenta przed wykonaniem niepotrzebnej biopsji, którą sugerowałby nieprawidłowy wynik oznaczenia tylko stężenia PSA.

DODATKOWE BADANIA MOCZU

Z kolei badaniem moczu wykorzystywanym w diagnostyce raka prostaty jest tzw. test PCA3 (ang. prostate cancer gene 3). Analiza jego wyniku może pomóc w podjęciu decyzji, czy po pierwszej biopsji, w której nie udało się wykazać raka, należałoby powtórzyć zabieg, czy też chorego można bezpiecznie obserwować, bowiem ryzyko rozwoju nowotworu nie jest u niego duże.

BIOPSJA PROSTATY

Biopsja prostaty polega na pobraniu specjalną igłą poprzez wielokrotne nakłucie gruczołu krokowego próbek guza do badania mikroskopowego. Badanie wykonuje się standardowo pod kontrolą USG z wykorzystaniem głowicy przezodbytnicznej (tzw. USG przezodbytnicze czyli TRUS od ang. transrectal ultrasound) wyposażonej w kanał roboczy do wprowadzenia wspomnianej wcześniej igły biopsyjnej – przez odbyt. Rzadziej gruczoł krokowy poddaje się biopsji przez skórę krocza (tj. obszar położony między moszną, a odbytem). Stwierdzenie raka w badaniu histopatologicznym wycinków prostaty daje ostateczne rozpoznanie choroby.

O co zapytać na pierwszej wizycie u urologa, nawet jeśli nie mamy objawów?



Decyzję o wykonaniu biopsji gruczołu krokowego podejmuje się na podstawie oznaczenia stężenia PSA we krwi i / lub podejrzanego wyniku badania prostaty per rectum. Przed jej wykonaniem bierze się także pod uwagę wiek pacjenta i stwierdzone u niego choroby towarzyszące, bowiem zabieg jest procedurą inwazyjną i wiąże się z nim pewne ryzyko powikłań. Nieprawidłowy wynik badania PSA w postaci tylko umiarkowanie zwiększonego poziomu tego białka nie powinien stanowić jedynej podstawy do wykonania tego badania.

Biopsja ma jednak szereg ograniczeń. Po pierwsze, co do zasady, należy podkreślić, że zabieg polega na pobraniu, zwykle w sposób celowy – z miejsc, najbardziej w badaniu TRUS podejrzanych, próbek tkanki do badania. Istnieje jednak ryzyko, że biopstat zostanie pobrany nie z nacieku nowotworowego, ale prawidłowego miększu gruczołu, w którym rak się rozwija. To może dawać tzw. wynik fałszywie ujemny, czyli brak rozpoznania raka tam, gdzie w rzeczywistości on istnieje. Stara zasada mówi, że: „[...] jeśli biopsja pokazuje naciek raka, to znaczy, że on tam jest (pomyłki są tu rzadkie), ale jeśli go tam nie pokazuje, to wcale nie znaczy, że go tam nie ma”. Rosnące stężenie PSA przy nieprawidłowym wyniku badania per rectum, pomimo ujemnego wyniku pierwszej biopsji są wskazaniem do jej powtórzenia. W podjęciu decyzji o konieczności lub braku wskazań do powtórnej biopsji pomocne mogą być multiparametryczny rezonans magnetyczny prostaty (patrz niżej) lub wspomniane wcześniej testy PHI, 4K czy PCA3, choć ich skuteczność w tej roli będzie wymagać jeszcze potwierdzenia.

Jak wspomniano biopsja jest zabiegiem inwazyjnym. Nakłucie igłą gruczołu krokowego z przebicciem się przez struktury napotkane na jej drodze, to uraz tkanek z ryzykiem krwawień, czy wprowadzenia zakażenia. Do częstych powikłań zabiegu należy obecność krwi w ejakulacie (ok. 35% przypadków) oraz krwiomocz utrzymujący się dłużej niż 1 dobę po zabiegu (ok. 15% przypadków). Dużo rzadsze są krwawienia z odbytnicy trwające nie dłużej niż 2 doby po biopsji (ok. 2%), krwawienia z odbytnicy utrzymujące się ponad 2 doby i/lub wymagające interwencji chirurgicznej (<1%),

wtórne zapalenia gruczołu krokowego (1%), gorączka z temperaturą ciała powyżej 38,5°C (<1%). Zakażenia nieprzekraczające kiedyś częstości 1% są obecnie częstsze z powodu coraz bardziej rozpowszechnionej oporności bakterii na antybiotyki. Przygotowanie do zabiegu pozwala ograniczyć w pewnym stopniu wspomniane wyżej powikłania.

Po pierwsze w okresie okołozabiegowym należy unikać stosowania leków zmniejszających krzepliwość takich, jak: niesterydowe leki przeciwzapalne (aspiryna/polopiryna, ketoprofen, ibuprofen itp.), przeciwzakrzepowe (warfaryna, acenokumarol), czy przeciwplatekcyjne (klopidogrel). Jeśli ze względu na schorzenia dodatkowe konieczne jest rozrzedzenie krwi, to czasowo leki doustne zastępuje się wstrzyknięciami podskórnymi preparatów z grupy tzw. heparyn drobnocząsteczkowych (np. Clexane, fragmin, fraxiparyna itp.). Zmiany takiej dokonuje się po konsultacji internistycznej/kardiologicznej i tylko pod nadzorem lekarza zgodnie z jego zaleceniami.

Po drugie celem zmniejszenia ryzyka powikłań infekcyjnych z zakażeniami miejscowymi do sepsy włącznie rekomenduje się podawanie antybiotyków z grupy tzw. fluorochinolonów. Ich najczęściej stosowanym przedstawicielem jest ciprofloksacyna. Lek należy przyjąć nie później niż 24 godziny przed badaniem, a kontynuować przez 4-5 dni po zabiegu. Niemniej problemem staje się rosnąca oporność bakterii na antybiotyki z tej grupy. Dobrze jest też zadbać o odpowiednie nawodnienie organizmu poprzez doustne przyjmowanie adekwatnej ilości płynów.

RODZAJE I ROLA BADAŃ OBRAZOWYCH

Badania obrazowe pozwalają nie tylko na ustalenie rozpoznania, ale i określenie wyjściowego zaawansowania procesu nowotworowego. Innymi słowy, badania obrazowe dostarczają informacji dotyczących tego, czy rak u danego chorego ograniczony jest tylko do prostaty, czy nie zajmuje już węzłów chłonnych albo nie dał przerzutów odległych – typowo do kości, płuc i/lub wątroby. Od określenia zaawansowania procesu nowotworowego zależy bowiem sposób leczenia.

Rolę TRUS w diagnostyce raka gruczołu krokowego oraz zaawansowania nacieku w obrębie gruczołu sterczowego omówiono wyżej. Choć metoda jest już stosowana od wielu lat, to podlega ciągłym udoskonaleniom, np. poprzez stosowanie specjalnych środków kontrastowych umożliwiających lepsze wizualne odgraniczenie obrazowanych struktur, czy – w tym samym celu – komputerowe nakładanie obrazu USG na obraz prostaty uzyskany w trakcie badania z pomocą rezonansu magnetycznego. Taka fuzja wyników dostarcza o wiele więcej informacji i pozwala

skuteczniej identyfikować i lokalizować guz w sterczu co, z kolei, zwiększa skuteczność biopsji (ułatwia precyzyjne ukierunkowanie igły), czy pozwala lepiej zaplanować leczenie chirurgiczne albo radioterapię.

MULTIPARAMETRYCZNY REZONANS MAGNETYCZNY

Rezonans magnetyczny, czy poprawniej tomografia rezonansu magnetycznego, to złożona technologicznie metoda obrazowania polegająca na “prześwietleniu” badanej okolicy w polu magnetycznym generowanym przez aparat. W trakcie badania chory wsuwany jest na specjalnym stole do cylindra (rury), w którym to pole magnetyczne pozwala zbierać określone sygnały przetwarzane następnie przez komputer. Zastosowanie rezonansu magnetycznego pozwala na uzyskanie przekrojów ciała w różnych płaszczyznach, a nawet trójwymiarowe rekonstrukcje budowy narządów. Są to obrazy o wysokiej rozdzielczości, którą uzyskuje się poprzez podanie kontrastu i/lub różne zabiegi techniczne analizy komputerowej różnorodnych sygnałów zbieranych przez aparat. Taka odmiana badania rezonansu magnetycznego nazywana jest multiparametrycznym rezonansem magnetycznym (w skrócie mpMR). Ustalono, że metoda ta sprawdza się w identyfikowaniu istotnych klinicznie guzów nowotworowych stercza, tj. raków prostaty o wyższym stopniu złośliwości, które powinny być poddane biopsji oraz bezwzględnie wymagają leczenia. Badanie mpMR pozwala także ustalić, czy leczenie ma być planowane w opcji radykalnej, tj. oferującej wyleczenie chorego.

TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA

Tomografia komputerowa służy do poszukiwania przerzutów (lub wykluczenia ich obecności) w obrębie jamy brzusznej i miednicy mniejszej. Choć w ocenie miednicy jest mniej dokładna niż rezonans magnetyczny, to do badania jamy brzusznej całkowicie wystarcza. Dostępność aparatów tomografii komputerowej (większa niż aparatów RM) oraz wielokrotnie krótszy czas badania w porównaniu z MR sprawia, że ta metoda jest często wykorzystywana. Pewną wadą tomografii komputerowej jest fakt, że umożliwia ona obrazowanie z wykorzystaniem fal rentgenowskich oraz kontrastu radiologicznego – nieobojętnych dla organizmu. Wspomniany kontrast radiologiczny obciąża nerki i bywa różnie tolerowany.

Należy podkreślić, że choć badania te stanowią znaczny postęp w radiologii, to zarówno tomografia komputerowa, jak i tomografia rezonansu magnetycznego mają swoje ograniczenia i nie są w stanie wykryć małych ognisk raka, czy małych zmian przerzutowych.

SCYNTYGRAFIA KOŚCI

To metoda diagnostyczna polegająca na dożylnym podaniu specyficznego “znacznika” izotopowego technetu – tzw. ^{99m}Tc , a następnie, po kilku godzinach, przeskanowaniu ciała specjalną kamerą w celu ustalenia, gdzie podany znacznik się osadził. Znacznik wiązany jest w miejscach przebudowy tkanki kostnej. Metoda jest bardzo czuła, tzn. pokazuje wszystkie miejsca uszkodzenia tkanki kostnej. Niemniej jej wadą jest niska specyficzność. Oznacza to, że na scyntygramie zobaczymy zmiany, które mogą być przerzutami nowotworowymi, ale też zmianami zwyrodnieniowymi (z towarzyszącym im odczynem zapalnym) albo zmianami po przebytych, nawet w odległej przeszłości, złamaniu lub choćby stłuczeniu tkanki kostnej. Często miejsca wytypowane w scyntygrafii jako podejrzane należy dodatkowo prześwietlić klasyczną metodą rentgenowską lub wykonać tomografię komputerową, czy rezonans magnetyczny. Dopiero zestawienie wyników tych badań może odpowiedzieć na pytanie, czy rzeczywiście w kośćcu pacjenta rozwijają się przerzuty, czy też obserwowane zmiany mają charakter łagodny.

TOMOGRAFIA EMISJI POZYTRONOWEJ CZYLI PET-CT

Jest to nowoczesna metoda obrazowania, która, bardzo rzecz upraszczając, stanowi połączenie tomografii komputerowej (pokazuje strukturę) i scyntygrafii (pokazuje jak zastosowany znacznik jest przetwarzany w komórkach/narządach, które wtedy „świecą”). Jest to metoda, która umożliwia pozyskanie dodatkowych informacji na temat zaawansowania procesu nowotworowego i lokalizacji zmian przerzutowych. Klasycznym wskazaniem do jej wykonania jest poszukiwanie ognisk wznowy raka prostaty u chorych po zabiegu usunięcia gruczołu krokowego z guzem, u których obserwujemy ponowny wzrost stężenia PSA, czyli nawrót choroby, którego nie widać w innych badaniach obrazowych.

Czułość metody (zdolność do wykrywania ognisk chorobowych, nawet małych) oraz jej specyficzność (zdolność do odróżnienia ognisk raka od prawidłowych struktur) zależy od użytego znacznika. Kiedyś stosowano glukozę znakowaną izotopem fluoru (tzw. ^{18}F -FDG), ale dokładniejsze wydają się być nowsze znaczniki takie, jak cholina znakowana izotopem węgla (^{11}C -cholina) lub izotopem fluoru (^{18}F -cholina). Trzeba jednak wyraźnie powiedzieć, że w pewnych sytuacjach PET-CT nie ma wyższości nad omówionym wcześniej multiparametrycznym rezonansem magnetycznym (mp-MRI) i o metodzie diagnostycznej, którą należy zastosować, powinien decydować lekarz specjalista.

Wciąż trwają poszukiwania nowych znaczników, które z większą czułością i specyficznością (patrz wyżej) będą wskazywać miejsca lokalizowania się przerzutów. Innowacyjny jest znacznik skierowany przeciwko białku obecnemu na powierzchni komórek raka prostaty o skrótowej nazwie PSMA. Związek ten znakowany izotopem Gadoliny (^{68}Ga -labelled prostate-specific membrane antigen, w skrócie ^{68}Ga -PSMA

zrewolucjonizował diagnostykę raka gruczołu krokowego). Współcześnie PET-CT PSMA jest metodą wyboru w poszukiwaniu nawet niewielkich ognisk wznowy lub przerzutów raka prostaty i na pewno nie jest to ostatnie słowo naukowców.

LECZENIE RAKA PROSTATY

W sytuacji, gdy rak gruczołu krokowego zostanie rozpoznany wcześniej, tj. kiedy ograniczony jest jeszcze do gruczołu krokowego i nie wykracza poza otaczającą go torebkę włóknistą, istnieje możliwość jego całkowitego wyleczenia - zastosowania tzw. leczenia o założeniu radykalnym. Sposobów jest kilka. Każdy z nich opiera się na innej strategii terapeutycznej, do celu prowadzi inną drogą, a ryzyko wystąpienia związanych z nim działań niepożądanych czy powikłań jest inne, a charakter tychże zgoła odmienny. Mówiąc wprost – każda z tych metod ma swoje zalety i wady.

Decyzja dotycząca metody leczenia powinna zostać podjęta przez konsylium lekarzy różnych specjalności, w skład którego wchodzi urolog, onkolog, radiolog i radioterapeuta, w sytuacjach problematycznych także patomorfolog czy genetyk. Ich rekomendacja powinna zostać następnie przedyskutowana z chorym, który podejmuje ostateczną decyzję. Oto krótki ich opis.

PROSTATEKTOMIA RADYKALNA, CZYLI ZABIEG USUNIĘCIA PROSTATY

Prostatektomia to zabieg chirurgicznego usunięcia prostaty. Jest skomplikowany. Jego celem jest wycięcie guza nowotworowego, który rozwinął się w gruczole. Zabieg może być wykonany metodą otwartą, czyli po rozcięciu powłok ciała. Coraz częściej jednak wykonuje się go laparoskopowo, czy - dla zwiększenia precyzji – w asyście robota.

Publikowane współcześnie opracowania naukowe sugerują, iż zastosowanie wsparcia robota podczas zabiegu radykalnej prostatektomii - poprzez zwiększenie precyzji - daje większą szansę na powrót zdolności do erekcji, przyspiesza powrót czynności zwieracza pęcherza moczowego po operacji (nietrzymanie moczu, występujące niemal u każdego operowanego w okresie pozabiegowym, ustępuje szybciej) oraz zmniejsza ryzyko pozostawienia tkanki nowotworowej w polu operacyjnym. Ta metoda, w ślad za trendami światowymi, jest coraz bardziej rozpowszechniona w naszym kraju.

Na czym powinni skupić się pacjenci, którzy wybierają placówkę, w której decydują się na leczenie operacyjne?



Precyzja, jak zawsze, jest ważna. Z jednej strony chirurg operując chce usunąć nowotwór – dla pewności - z marginesem zdrowych tkanek. Takie postępowanie umożliwia uzyskanie tzw. „czystości onkologicznej” i eliminuje konieczność zastosowania uzupełniającej radioterapii na okolicę, w której ew. naciek nowotworowy miałby pozostać. Nie trzeba zapewne dodawać, że w przeciwnym razie chory narażony byłby na powikłania chirurgiczne i powikłania radioterapii. Są one w takiej sytuacji dotkliwsze oraz wiążą się z wyższym ryzykiem ich nieodwracalności. Niewątpliwą zaletą prostatektomii jest fizyczne usunięcie guza z ciała chorego mężczyzny oraz możliwość zbadania zajętego gruczołu krokowego przez patologa. Patolog ma dzięki temu możliwość dokładnej oceny mikroskopowej. To pozwala na stwierdzenie czy biopsja gruczołu krokowego wykonana wcześniej i będąca dotychczas jedynym badaniem, na którym opieraliśmy rozpoznanie raka oraz nasze wyobrażenie o stopniu jego złośliwości oraz rozległości, powiedziała nam całą prawdę dotyczącą zagrożenia. Radykalna prostatektomia jest także optymalnym sposobem leczenia guzów o wyższym stopniu złośliwości bowiem w przypadku zastosowania innych metod leczenia (patrz niżej) nawroty choroby są niestety częstsze.

Z drugiej strony operator wykonujący zabieg nie może pozwolić sobie na zbyt szeroki margines z jakim usuwa guz w obrębie tkanek zdrowych. W pobliżu torebki gruczołu - a więc potencjalnie w bezpośrednim sąsiedztwie linii cięcia chirurgicznego, znajdują się ważne struktury takie jak naczynia krwionośne i nerwy. Ich uszkodzenie może spowodować takie komplikacje jak krwawienia, powstanie krwaków i rozległych blizn, zaburzenia wzdrodu czy zaburzenia czynności mięśnia odpowiedzialnego za trzymanie moczu – tzw. zwieracza pęcherza moczowego. W części przypadków pojawia się problem inny – zwężenie cewki moczowej. Powstaje on w mechanizmie

WARTO WIEDZIEĆ!

Większość istotnych powikłań czy następstw związanych z operacyjnym usunięciem gruczołu krokowego wynika z uszkodzenia przebiegających blisko torebki prostaty (a więc w bezpośrednim sąsiedztwie linii cięcia chirurgicznego) nerwów. U większości poddanych zabiegowi chorych nerwy te można zaoszczędzić. Ale w każdym przypadku większego zaawansowania guza – gdy naciek nowotworowy wykracza poza torebkę stercza, oraz w przypadku guzów o wyższym stopniu złośliwości (tj. >7 w skali Gleason'a) operowanie w węższym zakresie celem zaoszczędzenia nerwów jest przeciwwskazane. Takie postępowanie wiązałoby się bowiem z wyższym ryzykiem pozostawienia fragmentów guza i szybkiego odrostu raka w okolicy łoża pooperacyjnej. W selekcji chorych, u których można rozważać zabieg oszczędzający nerwy może pomóc omówiony w sekcji poświęconej diagnostyce obrazowej tzw. multiparametryczny rezonans magnetyczny.

obkurczania się lub nadmiernego wzrostu okrężnej blizny powstałej po przyszy-
ciu cewki moczowej do pęcherza moczowego - już po wycięciu zajętego przez no-
wotwór gruczołu krokowego jako odtworzenie naturalnej drogi oddawania moczu
przez pacjenta.

W przypadku guzów o tzw. niskim ry-
zyku rozsiewu choroby nowotworowej,
w trakcie zabiegu operacyjnego nie ma
potrzeby usuwania okolicznych węzłów
chłonnych. Jeśli natomiast to ryzyko
rozsiewu przekracza 5% (istnieją tzw. kalkulatory, czyli wzory pozwalające na ob-
liczenie takiego ryzyka w oparciu o dostępne dane medyczne) zabieg radykalnej
prostatektomii uzupełniany jest o wycięcie, i to dosyć szerokie, węzłów chłonnych
miednicy mniejszej.

Czym jest leczenie
systemowe w przypadku
raka prostaty?



W przypadku guzów bardziej agresywnych (stopień złośliwości wg skali Gle-
ason'a 8-10) i/lub bardziej zaawansowanych (duży guz i/lub przerzuty do węzłów
chłonnych stwierdzone w materiale pooperacyjnym i/lub wysokie wyjściowe stę-
żenie PSA) najlepsze wyniki osiąga się poprzez skojarzenie leczenia operacyjnego
z radioterapią i/lub leczeniem systemowym (np. hormonalnym) (patrz niżej).

Zabieg operacyjny nie jest zwykle wskazany w przypadku stwierdzenia w badaniach
obrazowych powiększenia regionalnych lub odległych węzłów chłonnych i/lub
stwierdzenia przerzutów odległych.

Sytuacją jest taka, w której u chorych bez stwierdzonych przerzutów w tomografii
komputerowej wykonanej przed operacją, w badaniu mikroskopowym usuniętych
już regionalnych węzłów chłonnych stwierdza się ich zajęcie przez nowotwór. Po-
mimo istniejących przez jakiś czas wątpliwości dotyczących tego czy radykalna pro-
statectomia przynosi jakkolwiek korzyść - a nie tylko obciążenie dla tych chorych,
wiemy dziś, że zabieg nie jest tutaj błędem. Wyniki leczenia w tej grupie pacjentów
są dzięki zastosowaniu postępowania operacyjnego lepsze. Większa liczba usu-
niętych w trakcie zabiegu węzłów chłonnych daje możliwość pełniejszej oceny za-
awansowania raka. Prawdą jest niestety, że rokowanie chorych, u których stwierdzi
się zajęcie przez nacieki nowotworowy 20% (i więcej) spośród usuniętych węzłów
chłonnych, jest gorsze w porównaniu z chorymi o mniejszym zaawansowaniu
choroby. W tej grupie uzupełniające le-
czenie z zastosowaniem hormonoterapii
znacznie poprawia rokowanie. U cho-
rych, u których stwierdzi się tzw. dodatni

Na czym polega
radioterapia w leczeniu
raka prostaty?



margines chirurgiczny (linia cięcia chirurgicznego przechodzi przez naciek nowotworowy a więc w łożu po usuniętym gruczole została część guza), lub stwierdzono przekraczanie przez naciek włóknistej torebki prostaty i/lub stwierdzono naciek raka na pęcherzyki nasienne – jednocześnie stężenie PSA nie przekracza u nich wartości 0,1 ng/mL - można dodatkowo zastosować radioterapię – naświetlanie łoża po usuniętym sterczu. To zmniejsza ryzyko przetrwania w polu naświetlań komórek nowotworowych, ale zwiększa ryzyko pojawienia się działań niepożądanych (patrz niżej).

WARTO WIEDZIEĆ!

W przypadku chorych z tzw. guzami o niskim ryzyku rozsiewu opcją leczenia jest teleradioterapia lub brachyterapia. W grupie pośredniego ryzyka rozważa się skojarzone leczenie teleradioterapią i 4-6 miesięczną hormonoterapią lub teleradioterapię w podwyższonych dawkach, ewentualnie skojarzoną z brachyterapią (jeśli zastosowanie hormonoterapii nie jest możliwe - ze względu na choroby towarzyszące lub brak zgody chorego). W grupie wysokiego ryzyka rekomenduje się teleradioterapię w podwyższonych dawkach z hormonoterapią trwającą 2-3 lata.

RADIOTERAPIA JAKO METODA RADYKALNEGO LECZENIA RAKA PROSTATY

Radioterapia jest uznaną metodą radykalnego leczenia raka prostaty. Kwalifikacja do leczenia powinna być prowadzona przez doświadczony zespół wielospecjalistyczny, który w pierwszej kolejności powinien rozstrzygnąć czy chory ma być poddany radioterapii czy też kierowany na leczenie operacyjne.

Pod uwagę bierze się takie czynniki jak zaawansowanie miejscowe choroby (wielkość guza pierwotnego) i wyjściowe stężenie PSA w surowicy ponieważ mówią one o potencjalnym ryzyku rozsiewu choroby. W przypadku wysokiego ryzyka istnienia przerzutów (ściślej mikrop przerzutów - których nie widać w badaniach obrazowych, a które mogą ujawnić się z czasem, gdy powiększą swoje rozmiary), narażanie chorego na rozległy zabieg operacyjny obciążony konkretnym ryzykiem powikłań byłoby błędem. W następnej kolejności uwzględnia się wiek chorego, rozpoznane u niego choroby współistniejące, spodziewany czas przeżycia pacjenta. Jest to istotne dlatego, że potencjalne działania niepożądane operacji (omówione wcześniej) oraz radioterapii (patrz niżej) są nieco odmienne co do częstości, natężenia czy charakte-

ru. Dopasowanie metody leczenia radykalnego do chorego pozwala minimalizować ryzyko spotęgowania jakiegoś problemu zdrowotnego - istniejącego jeszcze przed rozpoczęciem leczenia onkologicznego.

Generalnie zasada jest tak, że u chorych, u których ryzyko przeprowadzenia leczenia operacyjnego i/lub samego znieczulenia ogólnego jest zbyt wysokie, istnieją wątpliwości co do możliwości radykalnego wycięcia nowotworu (ze względu na jego wyjściowe zaawansowanie (w badaniach obrazowych lub podwyższone stężenie PSA w surowicy) a ich stan sprawności ogólnej jest dobry – rozważa się zastosowanie radioterapii.

W pewnych sytuacjach wyższość naświetlań polega na możliwości ich skojarzenia z hormonoterapią. Pierwsza składowa leczenia, czyli radioterapia jest leczeniem miejscowym/regionalnym, druga – hormonoterapia- leczeniem systemowym działającym także poza polem naświetlań.

Radioterapię można także wykorzystać nie jako alternatywę dla zabiegu radykalnej prostatektomii, ale jako jej uzupełnienie. Największą korzyść z takiego postępowania odnoszą chorzy, u których, z powodu dużego guza prostaty (wykraczającego poza torebkę gruczołu) w łóżu po operacji pozostały mikro-ogniska choroby. Informacji na ten temat dostarcza nam wynik badania histopatologicznego tkanek usuniętych w trakcie zabiegu prostatektomii o założeniu radykalnym. Dawka promieniowania stosowanego w takiej sytuacji jest niższa w porównaniu z radioterapią prowadzoną jako samodzielna metoda leczenia.

RADIOTERAPIĘ MOŻNA PRZEPROWADZIĆ NA RÓŻNE SPOSOBY

Najczęstszą jej formą jest tzw. teleradioterapia. W technice tej źródło promieniowania (popularna „lampa”) znajduje się na zewnątrz i przemieszcza się wokół chorego tak, by z określonych kierunków (zaplanowanych przez komputer) wysłać

WARTO WIEDZIEĆ!

Istnieje alternatywna forma radioterapii – tzw. terapia protonowa. Jest ona o tyle atrakcyjna, że przynajmniej w teorii, cały efekt biologiczny wiązki protonów skupia się na końcu jej drogi. W przypadku klasycznej radioterapii wykorzystującej fotony dawka promieniowania rozkładana jest na całej drodze wiązki promieniowania przez ciało – tak przed celem, który chcemy niszczyć, w strukturze poddawanej radioterapii jak i za nim. Tak więc wykorzystanie wiązki protonowej powinno umożliwić zmniejszenie toksycznego efektu radioterapii na tkanki otaczające prostatę. W praktyce dane naukowe nie dają jasnej odpowiedzi, czy tak rzeczywiście jest. Terapia protonowa pozostaje nadal metodą eksperymentalną a jej dostępność jest bardzo ograniczona.

w stronę guza wiązki promieniowania jonizującego mającego zdolność jego niszczenia. Dzięki takiej strategii leczenia zdrowe tkanki, przez które przechodzą wiązki promieniowania, pochłaniają znacznie mniejszą jego dawkę podczas, gdy dawka wysoka skupiona zostaje w obrębie guza nowotworowego. Takie leczenie wymaga specjalnego planowania w technice 3D przeprowadzanego przed radioterapią. Ze strony chorego planowanie takie polega na wykonaniu tomografii komputerowej na super dokładnym aparacie, która pozwala następnie lekarzowi precyzyjnie zidentyfikować cel a fizykom - tak zaprogramować komputer sterujący aparatem do naświetlań, by dawka promieniowania dostarczona do guza była wystarczająco wysoka by go zniszczyć a wiązki promieniowania docierały do niego z takich kierunków by ryzyko uszkodzenia ważnych struktur organizmu było jak najmniejsze.

Postęp w dziedzinie onkologii, w tym radioterapii, jest ogromny. Obecnie standardem jest prowadzenie naświetlań w oparciu o planowanie przestrzenne 3D z wykorzystaniem techniki modulacji intensywności wiązki (z ang. intensity-modulated radiotherapy; (IMRT) z lub bez weryfikacji wizualnej (tzw. image-guided radiotherapy; IGRT). Osobną kwestią jest także dawkowanie (tzw. frakcjonowanie) radioterapii w czasie. Teoretycznie guzy wolno rosnące, jak rak prostaty, powinny być wrażliwe na wysokie dawki frakcyjne podawane dzięki temu w krótszym okresie czasu (np. 60 Gy w 20 frakcjach w okresie 4 tygodni). Dlatego przedmiotem toczących się badań klinicznych są alternatywne sposoby frakcjonowania oraz nowe techniki prowadzenia leczenia. Generalnie postęp technologiczny umożliwia takie modyfikacje w leczeniu. Już obecnie możliwe jest zwiększenie dawki całkowitej do 80-84 Gy przy czym ryzyko ciężkich powikłań ze strony odbyticy czy dróg moczowych sięga odpowiednio 2-3% i 2-5%.

Typowymi działaniami niepożądanymi radioterapii są odczyny skórne (rumień, pieczenie, łuszczenie skóry okolicy naświetlanej, rzadziej z sączeniem treści surowiczej co może stwarzać dodatkowe ryzyko zakażeń). Rzadziej niż po leczeniu operacyjnym dochodzi do zaburzeń wzdrodu czy wytrysku. Pomimo to należy takie zaburzenia brać pod uwagę planując leczenie. Mają one zwykle mniejsze natężenie niż po zabiegu radykalnej prostatektomii. W polu naświetlań znajduje się też dolna część pęcherza moczowego oraz odbytnica. Dlatego po naświetlaniach zdarzają się zakażenia dróg moczowych, problemy z nietrzymaniem moczu, biegunki, pieczenie ok. odbytu lub płamienia czy krwawienia z odbytnicy. Te ostatnie są zwykle powikłaniem późnym i objawem przewlekłego odczynu popromiennego odbytnicy.

BRACHYTERAPIA

Odminną metodą leczenia o założeniu radykalnym jest tzw. brachyterapia – czyli naświetlanie śródtkankowe. Polega ono na implantacji igieł i wprowadzeniu źró-

dła promieniowania (izotopów promieniotwórczych) w obręb samego guza. Brachyterapia może być stosowana jako samodzielna metoda naświetlań raka prostaty, ale współcześnie wykorzystuje się ją coraz częściej w skojarzeniu z opisaną wyżej teleradioterapią – pozwalając na zmniejszenie dawki promieniowania z pól zewnętrznych. Czyni to całą procedurę bezpieczniejszą zmniejszając ryzyko odczynów popromiennych w przyszłości. Niemniej stosowanie tej metody leczenia wymaga specjalnej pracowni i zaplecza infrastrukturalnego, doświadczonego personelu oraz znieczulenia pacjenta - jest to bowiem procedura inwazyjna. Brachyterapia może być prowadzona dwoma metodami: LDR (od ang. low-dose rate) lub HDR (od ang. high-dose rate).

W pierwszej metodzie „ziarna” izotopu implantowane są w prostatę na trwałe i emitują promieniowanie. Brachyterapia LDR stosowana jest u chorych z małymi guzami raka prostaty o niższym stopniu złośliwości i z niskim stężeniem PSA (a więc w przypadku generalnie niskiego ryzyka rozsiewu choroby nowotworowej) pod warunkiem, że prostata nie jest nadmiernie powiększona, a jej budowa niezaburzona wcześniejszymi zabiegami przezcewkowej resekcji gruczołu. U chorych z guzami większymi i bardziej agresywnymi, brachyterapia LDR kojarzona jest z teleradioterapią i hormonoterapią. LDR w tej sytuacji traktowana jest jako sposób podwyższenia dawki promieniowania na sam gruczoł krokowy. Wadą tej metody jest fakt, że promieniowanie emitowane jest przez tygodnie lub miesiące, co stwarza konieczność ochrony członków rodziny chorego, a także powoduje długotrwałe utrzymywanie się działań niepożądanych.

Druga metoda – HDR – polega na wprowadzeniu w warunkach sali operacyjnej wielu igieł zawierających izotop Irydu (Ir-192) w obręb gruczołu krokowego. Igieł implantowane są na kilka minut, a zabieg można powtarzać. Choć leczenie wymaga wysoce wykwalifikowanego personelu (także z doświadczeniem zabiegowym, anestezjologa), złożonego specjalistycznego zaplecza to fakt, że napromienianie trwa tylko kilka minut sprawia, że działania niepożądane wygasają stosunkowo szybko, a procedura jest bezpieczna dla rodziny i otoczenia chorego. Ta strategia wykorzystywana jest w skojarzeniu z teleradioterapią i hormonoterapią raków prostaty o wyższej agresywności. U chorych z rakami mniej agresywnymi powtarzana brachyterapia HDR może być stosowana jako jedyny sposób leczenia.

INNE METODY LECZENIA: OPCJA DLA KLASYCZNEGO LECZENIA OPERACYJNEGO I RADIOTERAPII RAKA PROSTATY (BEZ PRZERZUTÓW)

Dowody naukowe dotyczące skuteczności alternatywnych metod leczenia raka prostaty są ograniczone. Terapia fotodynamiczna, ablacja falami radiowymi i elektroporacja pozostają nadal metodami eksperymentalnymi.

Nieco więcej wiemy o efektywności HIFU (high-intensity focused US) i ablacji kriochirurgicznej (cryosurgical ablation of the prostate, CSAP) jako metodach minimalnie inwazyjnych, które mogą zaoferować skuteczne postępowanie przeciwnowotworowe przy zmniejszonej toksyczności leczenia. Mogą być one stosowane u pacjentów, którzy nie są kandydatami do radykalnej prostatektomii czy radioterapii. Ablacja kriochirurgiczna polega na schładzaniu prostaty wraz z guzem do temperatury -40°C . Z kolei HIFU wykorzystuje zogniskowane fale ultradźwiękowe emitowane przez specjalne urządzenie. Fale te niszczą komórki nowotworowe mechanicznie oraz termicznie, ponieważ w obrębie guza wytwarzana jest temperatura ok. 65°C . Zabieg wykonywany jest z znieczuleniu ogólnym lub lędźwiowym.

WARTO WIEDZIEĆ!

Dostępnych jest wiele różnych preparatów wykorzystywanych w praktyce klinicznej. Cechuje je podobna skuteczność przeciwnowotworowa. Podawane są w postaci zastrzyków podskórnych lub domięśniowych – w zależności od preparatu – w odstępach 1,3 lub 6-ciomiesięcznych.

FARMAKOTERAPIA RAKA GRUCZOŁU KROKOWEGO

W określonych sytuacjach klinicznych, w planowaniu leczenia chorego z rakiem gruczołu krokowego, należy zastosować leczenie farmakologiczne. Jego atutem jest działanie systemowe – efekt terapeutyczny dotyczy całego organizmu – w przeciwieństwie do działania miejscowego - jak w przypadku leczenia operacyjnego czy radioterapii. Tą strategię wykorzystujemy jako wspomaganie - inaczej uzupełnienie leczenia miejscowego lub jako samodzielną metodę leczenia. Poniżej leki wykorzystywane w leczeniu raka gruczołu krokowego.

DEPRYWACJA ANDROGENOWA (TZW. ADT OD ANGIELSKIEGO ANDROGEN DEPRIVATION THERAPY)

Zwana potocznie „hormonoterapią” polega na wykorzystywaniu w leczeniu substancji aktywnych biologicznie, które działają na głębokie struktury mózgu – przysadkę mózgową, blokując wydzielanie tzw. hormonów tropowych, które z kolei pobudzają męskie gonady – jądra do wydzielania męskiego hormonu płciowego, jakim jest testosteron. Hormonoterapia o tym mechanizmie działania, określana jest także mianem kastracji farmakologicznej – będącej współcześnie alternatywą dla kastracji chirurgicznej polegającej na usunięciu jąder.

Jest to podstawowa metoda leczenia farmakologicznego w raku gruczołu krokowego i kluczowa z tego względu, iż testosteron i jego pochodne działają pobudzająco na komórki raka prostaty. Dzięki nim komórki raka stercza stymulowane są do wzrostu, namnażania się i ekspansji w organizmie. Jest więc testosteron swoistym „czynnikiem wzrostu” dla guza o tym pochodzeniu, a usunięcie tego hormonu z krwi i płynów tkankowych jest głównym celem terapii systemowej w tej chorobie.

Prawdą jest jednak, iż ADT nie jest metodą leczenia radykalnego, a terapią paliatywną. Nie jest, bowiem, w stanie wyleczyć mężczyzny z raka prostaty, ale przez długi czas kontrolować chorobę i znacząco wydłużyć czas przeżycia chorego – kiedy stosowana jest w chorobie rozsianej. Sięgamy po nią także, jako leczenie uzupełniające radioterapię lub rzadziej uzupełniające zabieg operacyjny prostatektomii radykalnej – w przypadku guzów bardziej zaawansowanych miejscowo czy regionalnie.

Leczenie tą metodą jest zwykle bezpieczne - choć nie pozbawione działań niepożądanych. Głównymi efektami ubocznymi ADT są objawy przekwitania - z uderzeniami gorąca, spadek popędu płciowego, spadkiem potencji, wzrostem masy ciała, utratą masy mięśniowej na rzecz tkanki tłuszczowej itd. Długofalowo zagrożeniem staje się osteoporoza czy efekt „starzenia się mózgu”. Dlatego w trakcie prowadzenia hormonoterapii zaleca się racjonalną dietę z unikaniem cukrów prostych i tłuszczów zwierzęcych, aktywność ruchową oraz aktywność intelektualną – kontakty z bliskimi, literaturę, publicystykę, krzyżówki itp. Rzadkimi powikłaniami ADT są zaburzenia krążeniowo-sercowe. W momencie kwalifikacji do leczenia hormonoterapią pod uwagę brany jest wywiad chorobowy pacjenta. Ponadto w czasie stosowania hormonoterapii wszelkie problemy kardiologiczne powinny być zgłaszane przez chorego lekarzowi prowadzącemu.

Zwykle leczenie rozsianego raka prostaty trwa latami. Na początkowym etapie hormonoterapia (ADT) jest postępowaniem wysoce skutecznym – znacznie ograniczającym zaawansowanie procesu nowotworowego, a u chorych z dokuczliwymi dolegliwościami związanymi z umiejscowieniem przerzutów - powodującym ich wycofanie. Dzieje się tak dlatego, że na początkowym etapie guz jest silnie zależny od pobudzenia jakie wywiera docierający do niego drogą krwi testosteron, produkowany w jądrach. Jak wyjaśniono wyżej mechanizm działania ADT polega na zahamowaniu produkcji testosteronu w jądrach, a więc na wywołaniu efektu kastracji. Podatność komórek raka gruczołu krokowego na terapeutyczny wpływ ADT określa się mianem „wrażliwości na kastrację”. Niestety, z upływem czasu i kontynuacji ADT, guza uczy się radzić sobie i uniezależnia się od „dostaw” testosteronu z zewnątrz. Mechanizm tego zjawiska jest zwykle złożony, niemniej w uproszczeniu sprowadza się do tego, iż komórka nowotworowa nabywa zdolności produkcji testosteronu w jej wnętrzu i/lub poprzez mutacje genów kodujących receptor androgenowy, staje się bardziej

wrażliwa na pobudzenie nawet niewielkimi stężeniami testosteronu, a nawet innych hormonów płciowych, które fizjologicznie takiego pobudzenia na komórki wydzielające się z prostaty nie potrafią wywrzeć. Ten stan określa się mianem „oporności na kastrację” – dawniej niesłusznie nazywanym fazą oporności na hormonoterapię. Dziś wiemy, że ta ostatnia nazwa jest błędna i w stanie oporności na kastrację z powodzeniem stosujemy hormonoterapię – co w szczegółach opisano poniżej.

ANTYANDROGENY

To kolejna grupa leków należących do hormonoterapii. Stosowane są jako dodatek do ADT. Celem ich podania jest jeszcze silniejsze hamowanie komórek raka prostaty. Mechanizm ich działania na pozór wydaje się być dość skomplikowany. Jak wspomniano wyżej, męski hormon płciowy – testosteron – działa silnie pobudzająco na komórki raka stercza. Jako hormon swoje działanie odgrywa po połączeniu z receptorem – białkiem wybiórczo łączącym się tylko z określonym hormonem – zlokalizowanym we wnętrzu komórek gruczołu krokowego u mężczyzn zdrowych, a wewnątrz tychże oraz komórek raka prostaty – u osób chorych. W przypadku receptora rozpoznającego testosteron jest to tzw. receptor androgenowy. Zadaniem antyandrogenów jest zablokowanie receptora androgenowego, tak by nie był w stanie związać się z testosteronem.

W obrębie tej grupy terapeutycznej możemy wyróżnić antyandrogeny starej generacji – jak flutamid i bikalutamid, oraz nowe – np. apalutamid, enzalutamid czy darolutamid. Pierwsze odchodzą do lamusa i powinny być stosowane jedynie w okresie rozpoczynania ADT – jako „osłona” dla pierwszego zastrzyku hormonalnego. Choć powszechnie dostępne powinny być stosowane ostrożnie. Ich słabą stroną jest to, że w rzeczywistości blokując receptor androgenowy jednocześnie nieco go pobudzają.

UWAGA!

Z chwilą przygotowywania niniejszego opracowania octan abirateronu posiada refundację do stosowania w leczeniu chorych z opornym na kastrację rakiem gruczołu krokowego. Trwają prace nad rozszerzeniem warunków refundacyjnych także na etap wrażliwości raka stercza na nią.

Nowe antyandrogeny są coraz szerzej stosowane ze względu na dużo większą siłę hamowania receptora androgenowego i brak wspomnianego niechcianego efektu pobudzenia receptora. Są na tyle skuteczne, że stosowane są z powodzeniem w fazie oporności na kastrację raka gruczołu krokowego, choć, biorąc pod uwagę publikowane dane pochodzące z niedawno przeprowadzonych badań klinicznych, są niemniej efektywne już na wcześniejszych etapach leczenia zaawansowanego raka

gruczołu krokowego – kiedy znajduje się on jeszcze w fazie wrażliwości na kastrację. Na moment przygotowywania niniejszego opracowania nowe antyandrogeny były refundowane w oporności na kastrację, ale nie na etapie wrażliwości na nią. Pojawiają się jednak doniesienia dotyczące toczących się negocjacji cenowych pomiędzy Ministerstwem Zdrowia RP a firmami farmaceutycznymi, które mają to zmienić. To ważne niemniej nie jesteśmy dziś w stanie przewidzieć pod jakimi warunkami refundacja takiego leczenia miałaby być możliwa.

Antyandrogeny są lekami doustnymi przyjmowanymi codziennie. Generalnie należy uznać je za dobrze tolerowane. Niemniej w trakcie ich stosowania może wystąpić nasilenie objawów przekwitania - jak wspomniano leki te stosowane są łącznie z ADT. Pozostałymi są: zaburzenia jelitowe z biegunką, uczucie zmęczenia, wysypki skórne, wzrost ciśnienia tętniczego, zwiększenie aktywności enzymów wątrobowych w surowicy krwi co świadczyć może o uszkodzeniu wątroby – z incydentalnie obserwowaną przejściową i ustępującą po odstawieniu leków żółtaczką. Do rzadkich, choć groźnych działań ubocznych należą upadki, złamania oraz drgawki. Do leczenia antyandrogenami nie powinni być kwalifikowani mężczyźni z wywiadem drgawek (n. w przebiegu rozpoznanej padaczki), uszkodzeniami ośrodkowego układu nerwowego (w przebiegu urazu, udaru mózgu itd.) a przyjmujący terapię- pouczeni o konieczności zastosowania profilaktyki osteoporozy, zwracania uwagi na konieczność adaptacji przy próbach pionizacji – tj. wstawania powoli, w sytuacjach niepewności – w asekuracji, a nie zrywania się na „proste nogi”, monitorowania ciśnienia tętniczego krwi by uniknąć, polekowym, nadmiernym jego spadkiem.

OCTAN ABIRATERONU

To przedstawiciel odrębnej grupy terapeutycznej nowoczesnych leków hormonalnych należący do tzw. inhibitorów syntezy androgenów, czyli związek chemiczny, który hamuje produkcję męskich hormonów płciowych. Co istotne, w przeciwieństwie do ADT, octan abirateronu hamuje produkcję tych hormonów nie tylko w jądrach, ale także w innych lokalizacjach tj. w nadnerczach, w których fizjologicznie produkowana jest ich niewielka ilość oraz, co ma miejsce w przypadku rozwoju raka gruczołu krokowego opornego na kastrację – we wnętrzu komórek nowotworowych.

Podawany doustnie - w codziennych dawkach dobowych - skutecznie hamuje postęp raka stercza opornego na kastrację – zarówno przed zastosowaniem chemioterapii z użyciem docetakselu (patrz niżej) jak i po niepowodzeniu takiego leczenia oraz wcześniej – jeszcze w fazie wrażliwości na kastrację.

Lek także jest zwykle dobrze tolerowany. Do obserwowanych z rzadka działań niepożądanych związanych ze specyficznym mechanizmem działania leku należą: nad-

ciśnienie tętnicze, spadek stężenia potasu w surowicy krwi (tzw. hipokaliemia), retencja płynów w organizmie - skrajnie z objawami niewydolności serca. Jeszcze rzadsze są sytuacje, w których dochodzi do zwiększenia aktywności enzymów wątrobowych w surowicy krwi.

CHEMIOTERAPIA

To strategia daleko bardziej agresywna od hormonoterapii w leczeniu przeciwnowotworowym. Z racji znacząco wyższej toksyczności w porównaniu z hormonoterapią owiana jest – choć niesłusznie - złą sławą. Owszem, uczucie osłabienia ogólnego, braku siły i energii, przejściowy brak apetytu, rzadziej nudności czy biegunka zdarzają się częściej niż w przypadku stosowania leków czynnych hormonalnie to należy podkreślić, iż cytostatyki z grupy tzw. taksanów stosowane w leczeniu rozlanego raka prostaty są niejako chemioterapią skrojoną na miarę potrzeb i możliwości tolerancji ze strony mężczyzn w wieku dojrzałym czy podeszłym. Bez wątplenia nie wszyscy mogą poddać takiemu obciążeniu, ale należy je poważnie rozważyć w sytuacji znacznego zaawansowania procesu nowotworowego, który rozwinął pełnobjawowy obraz rozlanego raka z licznymi dolegliwościami i szybko postępuje. Wobec jej wysokiej aktywności przeciwnowotworowej wykorzystywana jest współcześnie coraz częściej- nawet na wczesnym etapie leczenia rozlanego raka gruczołu krokowego.

Przedstawicielami tej klasy terapeutycznej jest docetaksel i kabazytaksel. Jak wspomniano wyżej, należą do grupy taksoidów. Pierwszy stosuje się częściej - w przypadku rozpoznania rozlanego raka prostaty na etapie zarówno wrażliwości jak i oporności na kastrację. Kabazytaksel posiada rejestrację do stosowania w leczeniu opornego na kastrację rozlanego raka gruczołu krokowego, gdy ten okaże się niewrażliwy na docetaksel – zdolny jest zatem przełamywać oporność na ten pierwszy.

Ze stosowaniem taksanów wiążą się istotne działania niepożądane specyficzne dla tej grupy leków. Cytostatyki o tym mechanizmie działania mogą wywoływać reakcje uczuleniowe – dlatego wymagają zastosowania przed każdym podaniem tzw. premedykacji czyli przygotowania farmakologicznego polegającego na podaniu leków „przeciwuczuleniowych”. Innym groźnym działaniem ubocznym jest uszkodzenie obwodowych zakończeń nerwowych. Zaburzenie to nazywane polineuropatią obwodową może dotyczyć drobnych nerwów czuciowych. Wtedy objawia się uczuciem nieprzyjemnego mrowienia, pieczenia czy drętwienia – najczęściej w zakresie dłoni i stóp, rzadziej - podudzi czy przedramion. Może też dotyczyć, co gorsza, zakończeń

WARTO WIEDZIEĆ!

Na dzień przygotowywania niniejszego opracowania refundację do stosowania w leczeniu chorych z rozlanym rakiem prostaty ma docetaksel. Trwają prace nad rozszerzeniem refundacji w tym wskazaniu także na kabazytaksel.

ruchowych – wywołując bardziej lub mniej odczuwalne osłabienie siły mięśniowej czy nawet niedowłady. Na szczęście do poważniejszych uszkodzenia nerwów dochodzi stopniowo. Zaburzenia czuciowe trwające krótko – do paru dni po wlewie cytostatyku – zwykle nie są groźne. Jeśli chory zgłosi pojawienie się wyżej wymienionych – zwłaszcza nasilających się w czasie i utrzymujących coraz dłużej – z tendencją do utrwalania, można zapobiec poważniejszym konsekwencjom poprzez odstawienie chemioterapii i zastosowanie właściwego leczenia objawowego. Z kolei poważnym działaniem niepożądanym kabazytakselu, o którym należy wspomnieć jest przejściowy, ale – u niektórych chorych – głęboki spadek odporności, objawiający się spadkiem liczby białych krwinek we krwi obwodowej. Ten stan wiąże się ze zwiększoną podatnością na zakażenia bakteryjne. U osób w wieku podeszłym lub osłabionych mogą one zagrażać bezpieczeństwu czy życiu chorego. Dlatego w trakcie stosowania kabazytakselu zaleca się stosowanie tzw. czynników wzrostu dla krwinek białych – leków podawanych w formie zastrzyków podskórnych, które pobudzają szpik do ich produkcji.

WARTO WIEDZIEĆ!

Publikowane obecnie dane pochodzące z zaawansowanych badań klinicznych wskazują, iż innym lekiem tej grupy, wysoce aktywnym nie tylko względem przerzutów raka prostaty do kości, ale także do tkanek miękkich (węzłów chłonnych, wątroby, płuc itp.) jest lutet. Ocena tego leku pod kątem skuteczności i bezpieczeństwa stosowania w tej chorobie nadal trwa.

RADIOFARMACEUTYKI

To leki o złożonej budowie i specyficznym mechanizmie działania. Składają się zasadniczo z części, którą można określić jako adresującą oraz izotopu promieniotwórczego. Pierwsza jest białkiem, które umożliwia cząsteczce leku podanej dożylnie i krążącej w płynach ustrojowych organizmu odnalezienie miejsca docelowego – w którym lek ma działać. Druga – uwalnia energię promieniowania niszczącą cel.

Lekiem zarejestrowanym do stosowania w leczeniu opornego na kastrację rozsia- nego raka prostaty jest alfaradin (lub Rad 223). Jest wysoce aktywny w leczeniu przerzutów raka stercza do kości. Jego część adresująca rozpoznaje miejsca uszkodzenia tkanki kostnej przez przerzuty a izotopem promieniotwórczym wchodzącym w jego skład jest rad – emiter promieniowania alfa cechującego się dużą energią i zdolnością niszczenia komórek nowotworowych a jednocześnie małym zasięgiem umożliwiającym wybiórczość działania.

Lek podawany jest dożylnie w maksymalnie 6 dawkach proporcjonalnych do masy

ciała chorego i 4-tygodniowych odstępach. Ogólnie nie zaobserwowano różnic w bezpieczeństwie stosowania lub w skuteczności leku pomiędzy chorymi w młodszym wieku w stosunku do osób w wieku podeszłym (≥ 65 roku życia) dlatego u mężczyzn starszych dostosowanie dawki nie jest uznawane za konieczne.

Najczęściej obserwowanymi działaniami niepożądanymi u chorych otrzymujących Rad223 były biegunka, nudności, wymioty i małopłytkowość. Najpoważniejszymi działaniami niepożądanymi były zmniejszona liczba płytek krwi i krwinek białych we krwi obwodowej co może wiązać się z wyższym ryzykiem krwawień i zakażeń bakteryjnych i grzybiczych. Przed rozpoczęciem leczenia konieczne jest przeprowadzenie oceny hematologicznej z ustaleniem, czy u chorego wyjściowo nie występują jakieś zaburzenia w obrazie krwi obwodowej. Planując leczenie alfaradinem należy zachować szczególną ostrożność u osób z potwierdzonym zmniejszeniem rezerwy szpikowej, np. po uprzednim leczeniu z wykorzystaniem chemioterapii i (lub) po radioterapii oraz u mężczyzn z rakiem prostaty i masywnymi przerzutami w kościach – gdzie powinien znajdować się szpik kostny a został stamtąd wyparty przez naciek nowotworu.

Jako, że lek- po jego metabolizowaniu - ulega wydaleniu razem ze stolcem należy ostrożnie kwalifikować do zastosowania alfaradinu chorych z rozpoznaniem chorób zapalnych jelita grubego – takich jak choroba Crohna i wrzodziejące zapalenie okrężnicy.

INHIBITORY PARP

To względnie „najmłodsza” grupa leków ukierunkowanych molekularnie, których złożony mechanizm działania polega na uwięzieniu nieprawidłowych komórek w pułapce uszkodzeń kumulujących się w aparacie odpowiedzialnym za kontrolę przemian metabolicznych, decydujących o ich życiu i zachowaniu. Komórki złapana w tą pułapkę umierają.

Wyniki przeprowadzonych badań klinicznych wskazują, że inhibitory PARP są wysoce aktywne względem raka prostaty, ale warunkiem ich zastosowania u chorego z rakiem prostaty jest udowodnienie, że w komórkach jego guza obecne są mutacje genów naprawy materiału genetycznego - genów BRCA1 lub BRCA2. Olaparib - jeden z leków z tej grupy jest w stanie kontrolować chorobę nowotworową, która postępowała pomimo wcześniejszego zastosowania nowoczesnych leków hormonalnych (np. enzalutamidu czy octanu abirateronu) oraz chemioterapii z wykorzystaniem docetakselu. Lek ten posiada rejestrację i pozwolenie właściwych do jej wydawania instytucji do stosowania w tym właśnie wskazaniu.

Olaparib jest dostępny w postaci tabletek 100 mg i 150 mg, co umożliwia dostosowanie dawki do indywidualnych potrzeb konkretnego chorego. Zalecana dawka leku wynosi 300 mg (dwie tabletki po 150 mg) dwa razy na dobę, co odpowiada całkowitej dawce dobowej wynoszącej 600 mg. Pacjenci mogą stosować leczenie do czasu wystąpienia progresji choroby stwierdzonej w badaniach obrazowych lub do wystąpienia niemożliwej do zaakceptowania toksyczności.

Ze stosowaniem inhibitorów PARP związane jest występowanie działań niepożądanych o zasadniczo łagodnym lub umiarkowanym nasileniu i zazwyczaj nie wymagających odstawienia leku. W różnych badaniach klinicznych przeprowadzonych wśród chorych otrzymujących leki z tej grupy najczęściej obserwowanymi ($\geq 10\%$) działaniami niepożądanymi były: nudności, uczucie zmęczenia, niedokrwistość, wymioty, biegunka, obniżony apetyt lub zaburzenia smaku, bóle lub zawroty głowy, spadek liczby krwinek białych we krwi obwodowej odpowiedzialnych za zwalczanie infekcji bakteryjnych i grzybiczych (tzw. neutropenia), kaszel czy duszność. Niemniej te najbardziej istotne związane są z przejściowymi zaburzeniami produkcji krwinek przez szpik kostny: czyli niedokrwistość, wspomniana neutropenia czy małopłytkowość. Z kolei działaniami niepożądanymi, które najczęściej prowadziły do przerwania podawania leku i (lub) zmniejszenia dawki były niedokrwistość, nudności lub wymioty, uczucie zmęczenia.

Innymi przedstawicielami tej grupy terapeutycznej – choć w większości przypadków nadal weryfikowane co do skuteczności i bezpieczeństwa ich stosowania w ramach toczących się badań klinicznych są rukaparib, niraparib czy talazoparib. Niestety, na moment przygotowywania niniejszego opracowania żaden z inhibitorów PARP nie jest refundowany w Polsce i nic nie zapowiada, by miało się to zmienić w najbliższym czasie.

Inhibitory PARP skonstruowano ponieważ naukowcy dowiedli, że część nowotworów rozwijać się może na skutek występujących w ich wnętrzu mutacji – czyli uszkodzeń genów, w których zakodowana jest budowa wyspecjalizowanych białek odpowiedzialnych za naprawę materiału genetycznego przechowywanego w jądrze komór-

WARTO WIEDZIEĆ!

Aktywność inhibitorów PARP jest najwyższa w przypadku guzów, w obrębie których doszło do uszkodzenia genów naprawy DNA o nazwie BRCA1, BRCA2 lub ATM. Brzmi znajomo...? Tak. To geny do tej pory kojarzone z wysokim ryzykiem zachorowania na raka piersi lub raka jajnika wśród kobiet. Od niedawna wiemy, że uszkodzenia genów BRCA kodujących białka naprawy DNA leżą u podłoża rozwoju części raków trzustki (niezależnie od płci osoby chorującej) oraz raka prostaty (3-8% przypadków zachorowań). Tworzą one grupę raków „BRCA-zależnych”.

kowym – białek naprawy DNA. Brzmi niezrozumiale...? Zapewne, ale takie są fakty!

Codziennie w organizmie ludzkim dochodzi do uszkodzeń materiału genetycznego w wielu spośród miliardów komórek budujących nasz organizm. Tak przy okazji jest to mechanizm ewolucji – niektóre z tych uszkodzeń czy modyfikacji mogą skutkować nabyciem cech dającym organizmowi przewagę nad innymi. Częściej jednak, jako, że o ich powstaniu decyduje przypadek – kierują komórkę w ślepą uliczkę, a rozwiązaniem problemu pozostaje jedynie unicestwienie komórki, która nie potrafi dopasować się do życia w społeczności innych komórek stanowiąc dla nich zagrożenie. Wyspecjalizowany aparat naprawy, w skład którego wchodzi wiele białek ma zdolność rozpoznawania miejsc, w których DNA uległo uszkodzeniu, określenia rodzaju uszkodzenia i doboru takich „narzędzi” by uszkodzenie usunąć. Ale białka naprawy same kodowane są w DNA. Miejsca ich kodowania – czyli geny – też mogą ulec uszkodzeniu. W takiej sytuacji komórka pozbawiona zostaje strażnika genomu i pogrąża się w chaosie gromadzących się z każdym dniem czy miesiącem uszkodzeń prowadzących do jej samoistnej śmierci albo gorzej – powstania „zombi” w postaci komórki nowotworowej.

IMMUNOTERAPIA

Choć stosowanie leków aktywnych biologicznie pobudzających układ immunologiczny do walki z nowotworem – czyli immunoterapii właśnie- współcześnie święci sukcesy w onkologii to niestety jest to opcja terapeutyczna, która, z nie do końca jasnym powodów, nie działa w raku gruczołu krokowego choć nadal trwają badania kliniczne nad lekami, które stan ten mają zmienić.

**RAK PROSTATY JEST JEDNYM Z NAJCZĘSTRZYCH
NOWOTWORÓW WŚRÓD MĘŻCZYZN. ROZPOZNANIE TEJ
CHOROBY WE WCZESNYM STADIUM DAJE DUŻE SZANSE
NA PEŁNE WYLECZENIE.**

**WEJDŹ NA WWW.PROSTATAHISTORIA.PL
I DOWIEDZ SIĘ WIĘCEJ.**







WSPARCIE PSYCHOLOGICZNE

MGR ADRIANNA SOBOL

Psychoonkolog i wykładowca w Zakładzie Profilaktyki Onkologicznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Pracuje w Szpitalu Onkologicznym LuxMed Onkologia w Warszawie. Współautorka książki „Oswoić raka. Inspirujące historie i przewodnik po emocjach” (Znak, 2020). Autorka licznych publikacji z dziedziny psychoonkologii i psychologii zdrowia.

DIAGNOZA RAKA PROSTATY I ZWIĄZANE Z TYM EMOCJE

Otrzymanie wyników potwierdzających diagnozę onkologiczną to jeden z trudniejszych momentów w Twoim życiu i życiu Twoich bliskich. Pacjenci często określają ten moment, jako prawdziwe „trzęsienie ziemi”. Prawdopodobnie podczas procesu diagnostyki spodziewałeś się tej diagnozy, ale istnieje różnica między przewidywaniami a pewnością. Rozpoznaniu choroby nowotworowej zawsze towarzyszą silne negatywne emocje. Pierwszym stanem, jakiego możesz doświadczyć po usłyszeniu diagnozy jest przede wszystkim szok. Niedowierzenie, że Ciebie to dotyczy. Do tej pory inni chorowali, ale nigdy nie pomyślałeś, że i Ciebie może spotkać taka sytuacja. Emocją, która pojawia się jako pierwsza i niestety utrzymuje się najdłużej, prawie zawsze jest lęk, który jest odpowiedzią na zagrożenie, na niepewność. Lęk może być potęgowany przez Twoją wyobraźnię. Stworzony przez Ciebie obraz choroby zależy od Twojej aktualnej wiedzy co bezpośrednio przekłada się na temat tego, co Cię czeka. Dlatego tak ważne jest, aby zbudować realny obraz leczenia i uzyskanie rzetelnych informacji dotyczących diagnozy i form jej leczenia. Należy szukać wiedzy u lekarzy specjalistów i potraktować chorobę interdyscyplinarnie - zaangażować w proces diagnostyczny i leczniczy lekarzy różnych specjalizacji. W przypadku raka prostaty będzie to zespół składający się z urologa, onkologa, radioterapeuty, psychoonkologa oraz dietetyka. Takie podejście może dać możliwość szybszego powrotu do zdrowia. Warto również skorzystać z informacji zamieszczanych na naukowych stronach lub zwrócić się po wsparcie do organizacji pacjenckich. Pacjenci zwykle obawiają się, że choroba sprawi, iż staną się słabsi, chudzi, wymiotujący – to główne wyobrażenie chorych na temat pacjentów onkologicznych w trakcie leczenia. Należy zaznaczyć, że w większości niepotrzebnie chorzy sami siebie tak straszą, bo obraz pacjenta na przestrzeni lat, wraz z dostępem do nowoczesnych form terapeutycznych diametralnie się zmienił!

WARTO WIEDZIEĆ!

Masz prawo, by otrzymać wsparcie i rzetelną informację. Wyrażaj swoje obawy, dziel się wątpliwościami, nie rezygnuj z walki o lepszą jakość życia. Pytaj lekarza o wszystkie dostępne formy leczenia!

Diagnoza raka prostaty to oczywiście dla pacjenta temat niezwykle intymny oraz wstydliwy. Mężczyźni mają to do siebie, że w porównaniu do kobiet są bardziej skryci i nie chcą prosić o pomoc – uważają, że to znak słabości - przecież to mężczyzna jest tym silnym, jak więc ma prosić o pomoc i otwierać się na mówienie o chorobie i słabościach? Niestety takie myślenie to pułapka, gdyż w obliczu choroby nikt z nas nie jest niezniszczalny i każdy ma prawo do okazywania strachu i lęku. Pacjent może doświadczyć lęku antycypacyjnego, który jest stanem nastroju zorientowa-

nym na przyszłość, w którym człowiek odczuwa niepokój w związku z oczekiwaniem na przyszłe negatywne wydarzenia. Może to niekorzystnie wpłynąć na podejmowania decyzji i inicjowanie działań, dlatego niezwykle istotne jest wsparcie otoczenia pacjenta.

Wraz z diagnozą, a następnie w czasie leczenia onkologicznego istotne jest monitorowanie stanu psychicznego pacjenta pod kątem ewentualnego wystąpienia depresji.

Depresja to poważna choroba afektywna, która skutecznie obniża jakość życia. Dlatego dobrze jest zrobić wszystko, by jej zapobiec. W tym celu należy poznać, jakie są pierwsze objawy depresji i co dokładnie powinno nas zaniepokoić. Depresja może rozwijać się stopniowo. Początkowe objawy trwają zazwyczaj przez 3 do 6 tygodni, zanim przekształcą się w chorobę.

Objawy:

- bezsenność, częste budzenie się,
- brak siły i energii kompensowany przez gorączkową nadaktywność – wykonywanie wielu czynności i nie doprowadzanie żadnej do końca,
- impulsywność, drażliwość, wybuchy złości nieadekwatne do sytuacji,
- zmiana zachowania,
- brak apetytu.

WARTO WIEDZIEĆ!

Każdy reaguje indywidualnie na wieść o chorobie. Nie ma gotowego szablonu dobrych i złych reakcji. Jedni przybierają postawę – Jestem dzielny, dam sobie radę ze wszystkim. Nie okazują emocji. Inni zaś odwrotnie, przeżywają silny kryzys psychiczny. Istotnym jest, aby pozwolić sobie samemu na uwolnienie emocji. Kluczem jest ich nazwanie i wyrażenie. Jeśli towarzyszy Ci złość, pozwól sobie na nią. Jeśli chcesz płakać, nie powstrzymuj też. Adaptacja do nowej sytuacji wymaga czasu, a takie uczucia, jak np. gniew, czy lęk, mogą przełożyć się na mobilizację do walki z chorobą. Ważnym jest, aby nie „ugrzęznąć” w swoim bólu emocjonalnym, bo wtedy będzie Ci trudniej podjąć jakiegokolwiek działania

PACJENT DOBRZE POINFORMOWANY, TO PACJENT LEPIEJ LECZĄCY SIĘ

Drogi Pacjencie – Mów, pytaj, działaj, nie czekaj. Diagnoza raka prostaty prawdopodobnie zmieniła zupełnie Twoje dotychczasowe spojrzenie na świat. Być może sparaliżowała również pewne czynności, plany, które chciałeś w najbliższym czasie zrealizować. Pamiętaj jednak, że to jest tylko etap w Twoim życiu. Krok po kroku

będziesz radził sobie z nową sytuacją. Najlepszą postawą w trakcie choroby onkologicznej jest postawa „zadaniowca”. Skupiając się na działaniu, poświęcasz się w pełni procesowi leczenia i nieustannie szukasz możliwości poradzenia sobie z chorobą. Skupienie na konkretnych zadaniach pozwala na odzyskanie siły sprawczej i autonomii, którą pacjenci na ogół boją się stracić. Postawa zadaniowa sprzyja również udanej współpracy z lekarzem, a także poprawia stan psychiczny pacjenta poprzez redukcję czasu spędzanego na myśleniu o alternatywnych katastroficznych scenariuszach, które mogłyby przydarzyć się w toku terapii. Dlatego pamiętaj w obliczu choroby nie jesteś sam! Mów, pytaj, działaj! Szukaj wsparcia i odpowiedzi na swoje pytania. Daj sobie też czas na zaakceptowanie sytuacji, ujęcie emocji i opracowanie planu działania.

WARTO WIEDZIEĆ!

Pamiętaj! Masz prawo do tego, by godnie chorować. Nie rezygnuj z walki o lepszą jakość życia. Pytaj lekarza o wszystkie dostępne formy leczenia!

Pacjenci onkologiczni często boją się nie tylko samej choroby, ale mają także obawy związane z zadawaniem pytań swojemu lekarzowi. Krępują się gdy nie rozumieją niektórych medycznych sformułowań. Jednak wraz z przyjęciem roli pacjenta nie tylko możesz, ale wręcz powinieneś szukać informacji na temat swojej choroby i metod jej leczenia. Nie ma złych pytań. Warto przygotować się

do każdej wizyty, zadawać pytania, podzielić wątpliwościami oraz być szczerym w relacji z lekarzem.

Leczenie raka prostaty zależy od zaawansowania choroby i można zastosować różne metody: chemioterapię, hormonoterapię, radioterapię czy leczenie chirurgiczne. Oczywiście o wyborze leczenia decyduje lekarz w porozumieniu z pacjentem. Każde jednak leczenie niesie ze sobą pewne skutki, dlatego pacjent ma prawo do zadawania pytań, aby budować postawę pacjenta świadomego swoich wyborów

Jak przygotować się do konsultacji lekarskich. Praktyczne wskazówki:

- Zapisz na kartce pytania, jakie chcesz zadać lekarzowi. Dzięki temu nie zapomnisz, o co chcesz zapytać. Spisanie pytań umożliwi również usystematyzowanie całej rozmowy.
- Jeżeli to możliwe, zabierz ze sobą bliską osobę. To również dobry sposób na zapamiętanie większej ilości informacji, jakie lekarz ma do przekazania. Osoba towarzysząca może też zwrócić uwagę na inne zagadnienia.
- Jeśli lekarz używa słownictwa, którego nie rozumiesz, poproś o wyjaśnienie.
- Powiedz lekarzowi, jakie leki zażywasz.

- Jeśli stosujesz metody medycyny niekonwencjonalnej opowiedz o tym lekarzowi. Środki, które stosujesz mogą wchodzić w interakcje z leczeniem proponowanym przez lekarza specjalistę.

O co warto zapytać lekarza?

- Co oznacza stopień zaawansowania mojego nowotworu?
- Jaki jest proponowany plan leczenia?
- Jaki będzie przebieg poszczególnych etapów leczenia? Ile jest przewidzianych np. cykli chemioterapii? Radioterapii?
- Jakie są wszystkie możliwości leczenia mojego nowotworu, w tym aktualnie refundowane na terenie Polski oraz dostępne na świecie?
- Czy mogę wybrać miejsce, w którym będę leczony?
- Z jakimi skutkami ubocznymi wiąże się proponowana terapia?
- Jak leczenie wpłynie na moje życie seksualne?
- W jaki sposób mogę łagodzić swoje dolegliwości?
- Czy podczas leczenia będę mógł być aktywny fizycznie?
- Czy w trakcie leczenia mogę być aktywny zawodowo?

MOJA CHOROBA A MOJA RODZINA

Diagnoza choroby nowotworowej jest źródłem silnego stresu. Wywołuje przykre emocje nie tylko u Ciebie, ale także u Twoich bliskich. Gdy się pojawia, automatycznie zaczyna dotyczyć całej rodziny. Strach przed nieznanym, obawy związane z leczeniem i jego następstwem powodują często chaos, paraliż emocjonalny i trudności z porozumieniem. Mimo dobrych intencji wszystkich zainteresowanych, łatwo zagubić się we wzajemnych potrzebach i oczekiwaniach.

Pacjenci i ich najbliżsi tak bardzo martwią się o siebie nawzajem, że bardzo często odgrywają przed sobą role. Nie chcą okazywać słabości, nie przyznają się do tego, co tak naprawdę myślą, czują ani do tego, czego się boją. Często słyszę od swoich pacjentów słowa typu: Ja to ja, umrę i będzie koniec, ale co z moim partnerem, co z dziećmi? Członkowie rodziny są skłonni zrobić wszystko, żeby zadbać o siebie nawzajem, ale udają przed sobą, że świetnie sobie radzą, bo nie są w stanie rozmawiać o chorobie, lęku i śmierci. Taka postawa sprawia, że w rodzinie nie ma miejsca na szczerą rozmowę i autentyczność, przez co ani pacjent, ani jego najbliżsi nie są w stanie wypowiedzieć na głos swoich lęków i odnaleźć ulgi.

Członkowie rodziny odgrywają przed sobą role siłaczy i nawet nie dostrzegają, jak każdego dnia budują między sobą niewidzialny mur. Każdy cierpi w samotności,

nie jest w stanie zdobyć się na szczerość wobec najbliższych osób. Ludzie ze strachu tak bardzo się od siebie oddalają, że gdy choroby już nie ma, okazuje się, że ich relacja również przestała istnieć. Bo wcześniej zabrakło jednej bardzo ważnej rzeczy – szczerej rozmowy.

Dlaczego motywowanie pacjenta jest ważne w trakcie procesu leczenia?



ZACZNIJ OD ROZMOWY SAMEGO ZE SOBĄ!

Aby skutecznie poradzić sobie z sytuacją, w jakiej się znalazłeś, powinieneś najpierw zacząć od rozmowy samego ze sobą. To niezbędny początek „poukładania” choroby i znalezienia dobrego sposobu komunikowania się z najbliższymi.

Zadaj sobie pytanie: czy zawsze musisz być silnym i twardym mężczyzną? Jak każdy masz prawo, żeby się bać. Największą siłą jest okazanie własnej słabości. Taką postawą jednocześnie pokazujesz, że jesteś otwarty na przyjęcie pomocy. Zastanów się nad tym, czego teraz potrzebujesz i w jasny, klarowny sposób powiedz o tym swojej rodzinie i znajomym. Pozwól sobie, aby Twoi bliscy towarzyszyli Ci na każdym etapie leczenia.

WSPARCIE BLISKICH

Jeśli na to pozwolisz, Twoi bliscy mogą stać się dla Ciebie ważnym źródłem wsparcia emocjonalnego oraz praktycznej wiedzy związanej z postępowaniem w czasie choroby. Rozmowa z nimi może zapewnić Ci bezpieczeństwo i poczucie, że w tym trudnym czasie nie jesteś sam!

- Poprzez wypowiadanie na głos swoich myśli, uczuć i obaw, wyrzucasz je z siebie, oczyszczasz umysł i dopuszczasz możliwość zaistnienia korzystnych scenariuszy przebiegu Twojej choroby.
- Traktowanie choroby jak tajemnicy powoduje, że wydaje Ci się ona jeszcze bardziej groźna.
- Rozmowa z Bliskimi tworzy dobre relacje i pozwala na lepsze zrozumienie Twoich potrzeb.
- Osoby obok Ciebie mogą podpowiedzieć Ci inne sposoby rozwiązywania danej sytuacji, czy problemu.
- Bliscy, rodzina i przyjaciele – to źródło wsparcia.
- Milczenie buduje symboliczny „mur”, który odgradza od wsparcia.
- Twoi Bliscy czują, gdy coś nie jest w porządku. Nie każ im się domyślać, co się z Tobą dzieje, oni też się martwią.

- Nie traktuj ich wsparcia, jak poświęcenia. Skoro są przy Tobie i pomagają, to znaczy, że tak chcą. Pozwól im decydować, jaką rolę chcą pełnić.
- Decyzja komu i co powiesz, należy tylko do Ciebie!

„BŁĘDNE KOŁO”, CZYLI ZGUBNY BRAK ROZMOWY PARTNERÓW

Często postawa pacjenta wobec choroby i swoich objawów, a postawa rodziny, mogą być zupełnie różne. W tych postawach możecie się rozmijać. Chory ma inną koncepcję, a rodzina inną. Np. żona pacjenta chce porozmawiać o tym,

jak się czuje, jak przebiegła rozmowa z lekarzem prowadzącym o dalszym leczeniu, mąż nie chcąc obciążać żony, milczy, zamyka się w swoim w pokoju. Bądź odwrotnie, żona zamęcza swojego chorego męża – co Ci podać, a może byś się przespał, a może Ci niewygodnie. On jest tym zmęczony, nie chce jej zrobić przykrości, ale zarazem narasta w nim wściekłość. Czuje się ograniczony w swojej autonomii i właściwie bardziej chory, niż naprawdę jest. Błędy we wzajemnym zachowaniu można mnożyć. Prawdziwe wsparcie polega na nauczaniu się słuchania drugiej osoby, obserwacji, empatii. Na zadawaniu pytań nie dla siebie, by realizować swój cel, ale drugiej osobie, by spełnić jej oczekiwania.

Jak powinna wyglądać „instrukcja obsługi” emocji, osoby chorej na nowotwór?



BLISKIE CI OSOBY RÓWNIEŻ MAJĄ PRAWO DO OTRZYMANIA WSPARCIA

Ten rozdział dedykowany jest osobie, która towarzyszy Ci podczas leczenia.

W opiece nad osobą chorą ważne jest, by zachować równowagę. Troszcząc się o bliskich należy pamiętać także o sobie. Skuteczne pomaganie zakłada zadbanie o własny dobrostan. Dla wspierających głównym źródłem pomocy bywają przyjaciele i koledzy. Potrafią zwykle wysłuchać, a czasem udzielić porady. Istotne, by pamiętać, że nie należy czerpać wyłącznie z jednego źródła. Zawsze po pomoc można sięgnąć, zapisując się do grup wsparcia. W tej sytuacji warto szukać grup dla osób, które towarzyszą chorującemu na nowotwory. To bogate źródło doświadczeń uczestników oraz siły tkwiącej w grupie. Innym źródłem wsparcia jest pomoc psychologiczna bądź psychoonkologiczna. Warto po nią sięgnąć, gdy zauważamy, że dotychczasowe sposoby radzenia sobie z trudnościami nie wystarczają, lub przeciwnie, gdy zależy nam na czerpaniu wiedzy i doświadczeń z rozmaitych, rzetelnych źródeł.

CO MÓWIĆ, A CZEGO NIE MÓWIĆ PACJENTOWI Z RAKIEM PROSTATY?

Rodzina, bliscy, znajomi, ale przede wszystkim partnerki chorych odgrywają w trakcie leczenia niezwykle ważną rolę. To często kobiety w tej sytuacji poszukują informacji dotyczących najkorzystniejszych form leczenia, ale również uczestniczą aktywnie w wizytach lekarskich, czy też pomagają w codziennych czynnościach. Partnerka odgrywa też wielką rolę motywacyjną, ponieważ w wyniku trudnych emocji pacjenci wielokrotnie chcą wycofać się z kolejnych etapów leczenia i wrócić do „normalnego” życia sprzed choroby. Wtedy to właśnie kobieta potrafi znaleźć najskuteczniejsze argumenty za tym, aby mężczyzna kontynuował leczenie, dając tym samym przykład wielkiej siły i determinacji we wspólnym osławianiu raka. Niemniej jednak sama komunikacja okazuje się dla partnerek wyzwaniem. Często zgłaszają się do psychoonkologa, pytając, jakie słowa będą najodpowiedniejsze by wyrazić to, co czują. Słowa w przypadku raka prostaty niosą ze sobą wielką moc, z której musimy zdawać sobie sprawę i świadomie nią zarządzać. Bardzo często wydaje nam się, że słowa takie jak „Bądź silny” czy „Walcz z rakiem” wywołują efekt motywacyjny, tymczasem na ogół jest zupełnie inaczej.

Musimy zdawać sobie sprawę z tego, że mamy do czynienia z różnymi grupami pacjentów. Niektórzy zupełnie odrzucają od siebie myśl o chorobie, aby nie musieć się z nią skonfrontować. Chowają wynik badania do szuflady, mając nadzieję, że rak zniknie samoczynnie. Drugą grupą są pacjenci, u których choroba wywołuje bardzo silny lęk i zupełnie paraliżuje inne dziedziny życia. To z tą grupą pacjentów musimy uważać szczególnie. Komunikaty, które do nich kierujemy mają bezpośredni wpływ na podejmowane przez nich decyzje terapeutyczne oraz ogólny dobrostan psychiczny. U każdego pacjenta te komunikaty kształtują jednak określony obraz choroby, często zupełnie nieprawdziwy, który niepotrzebnie potęguje lęk.

W komunikacji z pacjentem z rakiem prostaty warto pamiętać również o tym, aby poprzez niefortunny dobór słów nie kwestionować jego męskości i autonomii w walce z chorobą. Pacjent po usłyszeniu diagnozy nie musi być silny, nie musi ukrywać łez, czy zatajać choroby przed rodziną/partnerką. Takie hasła jak „Dasz radę. Kto jak nie Ty!”, „Przecież jesteś takim silnym facetem” czy „Ty nigdy się nie załamujesz” mogą spowodować, że pacjent będzie pod stałą presją i przy każdym (nawet chwilowym) pogorszeniu stanu zdrowia, będzie czuł się niewystarczający, co pośrednio może wpłynąć na kondycję jego związku oraz doprowadzić do zaburzeń nastroju/lękowych oraz drastycznego spadku samooceny.

Co warto pacjentowi mówić:

- Jestem obok, przejdziemy przez to razem.
- To dla mnie też nowa, trudna sytuacja. Jeśli robię coś nie tak, to daj mi znać. Powiedz wprost, czego potrzebujesz.
- Zróbmy coś razem. Pójdźmy do kina, teatru, sklepu, restauracji, na spacer.
- Pamiętaj, że zawsze możesz ze mną porozmawiać albo wspólnie pomilczeć.

SEKSUALNOŚĆ W TRAKCIE I PO ZAKOŃCZONYM LECZENIU

Wraz z rozpoczęciem leczenia zaczęły się pojawiać inne pytania. Jak będzie wyglądało moje życie? Czy wyzdrowieję? Czy proponowane leczenie pozwoli na normalne życie? A także co z seksem?

Rak prostaty oraz sam proces leczenia wiążą się silnie z kondycją psychoseksualną pacjentów. Z racji tego, że tematy dotyczące sfery seksualnej dla wielu pacjentów są źródłem większego tabu niż inne omawiane w czasie konsultacji lekarskich objawy, problem ten wymaga szczególnie dobrze dobranej formy komunikacji ze strony lekarza. Podstawą jest tutaj informowanie w odpowiednim momencie o możliwości wystąpienia określonych objawów i ich zmian w czasie. Nawet jeśli jakiś objaw występuje wyjątkowo rzadko, z perspektywy pacjenta z rakiem prostaty lepiej jest, aby otrzymał tę informację, by ułożyć sobie w głowie pewien schemat. Ten schemat jest na późniejszych etapach buforem przed zaskoczeniem, a tym samym paniką w sytuacji pojawienia się zmiany w życiu seksualnym. Wówczas w głowie pacjenta pojawia się pytanie: „Co jeśli to moja wina?” lub „Przecież gdyby inni tego doświadczali, to lekarz by mnie o tym ostrzegł”. Te myśli prowadzą do błędnego przekonania o własnej wadliwości i konieczności zatajania doświadczanych symptomów w obawie przed oceną ze strony profesjonalisty medycznego.

Warto w trakcie leczenia otworzyć się na bliskość. Przytulać i dotykać z bliską osobą, okazywać czułość, ale też być blisko i rozmawiać. Oboje partnerów musi jeszcze jaśniej komunikować o swoich potrzebach. W trakcie leczenia ciało może się zmienić, miejsca intymne, które wcześniej dawały przyjemność teraz w dotyku są bardziej wrażliwe. Partnerka musi o tym wiedzieć – jak ma dotykać swojego mężczyznę, co daje mu komfort, a co nie. Nie tylko seks jest wyrazem męskości, gdyż ma ona różne oblicza. Warto, żeby pacjent myślał o swoich atutach, mocnych stronach i budował na tym swoje poczucie własnej wartości.

Nie krępuj się rozmawiać na tematy związane z seksualnością z Twoim lekarzem prowadzącym!

Poniżej znajdziesz porady, które mogą okazać się pomocne w kontynuacji współżycia seksualnego podczas leczenia choroby nowotworowej lub po jego zakończeniu

- Zbierz jak najwięcej informacji na temat wpływu leczenia na Twoje życie erotyczne- Porozmawiaj z lekarzem prowadzącym. Wiedza na temat potencjalnych skutków leczenia pozwoli Ci przygotować się na to co Cię czeka.
- Niezależnie od metody leczenia zastosowanej w Twoim przypadku nadal będziesz zdolny do odczuwania przyjemności podczas stymulacji dotykiem – Jednym ze skutków ubocznych zastosowanej terapii onkologicznej może być zaburzenie erekcji. Jednak rzadko dochodzi do uszkodzenia nerwów i mięśni odpowiedzialnych za zdolność odczuwania przyjemności podczas pieszczot. Większość mężczyzn, którzy cierpią z powodu zaburzeń erekcji lub zaburzeń ejakulacji, nadal mogą osiągać orgazm.
- Otwórz się na zmianę i różne rodzaje doznań – Poznaj nowe sposoby czerpania, a także dawania przyjemności seksualnej. Wraz z partnerką możecie starać się osiągnąć orgazm przez wzajemne pieszczoty i dotyk. Najważniejsza jest bliskość, przytulanie, dotyk. Rozmawiajcie i wspólnie szukajcie sposobów okazywania troski i nowych dróg prowadzących do przyjemności.
- Rozmawiaj ze swoją partnerką – Milczenie stanowi największą przeszkodę w utrzymaniu zdrowia seksualnego. Niech nie powstrzymuje Cię wstyd przed rozmową o tym jak zmieniło się Twoje ciało. Która z części ciała jest teraz bardziej wrażliwa na ból. Pokaż partnerce, jak powinna Cię dotykać, abyś mógł odczuć przyjemność.
- Jeśli odczuwasz przewlekłe obniżenie nastroju i/lub obniżenie satysfakcji z życia seksualnego, zastanów się nad formami profesjonalnej pomocy. Czasami pomoc psychoonkologa/psychoterapeuty/seksuologa może zmienić naprawdę wiele i uwolnić Cię od lęków.

To, czy Twoje życie seksualne będzie dobre czy złe, zależy przede wszystkim od Twojego nastawienia. Postaraj się być bardziej świadomy swojej seksualności. Nie skazuj się na niepowodzenie, wma-
wiając sobie, że mężczyzna, który nie może osiągnąć wzwodu jest do niczego w łóżku.

PAMIĘTAJ!

Męskość ma wiele wymiarów. Nie kończy się i nie zaczyna na seksie! Kluczem do poprawy samopoczucia i akceptacji własnego ciała jest skoncentrowanie się na swoich mocnych stronach.

CO BĘDZIE DALEJ - CZYLI LĘK PRZED NIEPOWODZENIEM TERAPII

Pacjent z rakiem prostaty od momentu podejrzenia choroby nowotworowej mierzy się z lękiem o swoją przyszłość. Choć rzadko mówi o tym głośno, w jego głowie pojawiają się liczne scenariusze dotyczące tego, co może pójść nie tak. Przez taką postawę wiele zadań na drodze pacjenta zyskuje status przeszkody nie do pokonania, choć w istocie z odrobiną wsparcia pacjent jest w stanie przejść przez każdy trudniejszy moment z podniesioną głową.

Jednym z trudniejszych lęków, z jakim mierzą się pacjenci z rakiem prostaty jest obawa przed pojawieniem się przerzutów. Tymczasem lęk negatywnie wpływa na proces leczenia i jakość życia pacjenta.

Stan psychiczny chorego jest mocno uzależniony od zaawansowania choroby, a także od tego, jaka ścieżka terapeutyczna została obrana przez specjalistów oraz jakie efekty przynosi. Na ogół obserwuje się lepszy stan psychiczny pośród pacjentów leczonych nowoczesnymi metodami. Uzyskanie dostępu do takich metod daje im nadzieję i poczucie, że stan zdrowia jest już o krok. Taka terapia sama w sobie daje przekonanie o drzemiącej w pacjencie motywacji i wystarczającej sile do pokonania choroby.

Oczywiście nowoczesne metody wcale nie gwarantują same w sobie sukcesu terapeutycznego - wiemy, że składa się na to wiele czynników i niekiedy to właśnie metody tradycyjne mogą okazać się skuteczniejsze. Jednak sama świadomość chorego, że jest on leczony według najnowszej wiedzy medycznej przekłada się na jego podejście do leczenia, a także komunikację z lekarzem prowadzącym.

W obliczu choroby warto pamiętać o tym, że emocjonalne aspekty leczenia są równie ważne co aspekty somatyczne. Bez odpowiedniego przygotowania psychologicznego leczenie może okazać się trudne na wielu etapach. Pamiętaj o skorzystaniu z pomocy specjalisty, jeśli odczuwasz obniżenie nastroju czy nasilenie lęku. Jeśli jesteś opiekunem pacjenta, uważnie obserwuj jego zachowanie i reaguj, jeśli zauważysz coś niepokojącego.

10 PORAD DLA NIEGO

1. Pozwól sobie na słabość. Od lat pokutuje przekonanie, że mężczyzna musi być twardy i nie może okazywać strachu. W obliczu choroby nie ma „twardzieli”. Każdy przeżywa diagnozę na własny, indywidualny sposób. Jednak warto pozwolić sobie na ujawnienie uczuć. Wypowiedzenie na głos wszystkich lęków, strachów czy złości. Pozwolenie sobie na słabość jest tylko wyrazem dojrzałości i pierwszym krokiem, aby przyjąć pomoc.

2. Przyjmij pomoc. Przyjęcie pomocy nie zawsze jest proste, w szczególności dla osób, które przed zachorowaniem były wsparciem dla innych na każdej płaszczyźnie: finansowej, zawodowej, czy emocjonalnej. Jednak choroba wymaga, czasem wymusza, przyjęcie pomocy. Nie warto z tym walczyć, ponieważ w efekcie okazuje się to nieocenione dla Ciebie i Twoich Bliskich, którzy oferują Ci wsparcie. Przyjmij je także od lekarza prowadzącego, rodziny, psychologa lub innego pacjenta, który zmagają/bądź zmagając się z podobną chorobą.

3. Zaakceptuj swoją niedoskonałość. Dla wielu mężczyzn jest to bardzo trudny czas. Leczenie i jego skutki uboczne – np. w postaci nietrzymania moczu, problemów w sferze seksualnej, przewlekłego zmęczenia – znacząco wpływają na samoocenę i poczucie wartości, co nierzadko generuje wiele konfliktów i przekłada się na pogorszenie jakości życia. Jednak pamiętaj, oprócz pewnych niedoskonałości nadal jesteś sobą i masz wiele zalet, które możesz zaoferować np. swojej kobiecie. Zaakceptuj nowego siebie.

4. W chorobie nie jesteś sam. W obliczu choroby nie jesteś sam. Wokół Ciebie są osoby, które przeżywają to samo, co Ty – te same wzloty, upadki, sukcesy i porażki. Może to być żona, dzieci, przyjaciel, inny pacjent. Nie zamykaj się na żadną z tych osób. Rozejrzyj się uważnie i przyjmij pomoc.

5. Mów wprost, czego potrzebujesz. Nie oczekuj, że bliska Ci osoba wie, o czym myślisz, czego się boisz, a tym bardziej, czego potrzebujesz. Ta sytuacja jest np. dla Twojej żony/partnerki tak samo nowa, jak dla Ciebie. Unikniesz niepotrzebnych nerwów, czy zawieszonych oczekiwań mówiąc wprost o swoich potrzebach. To ułatwi komunikację między wami!

6. Szukaj informacji. Poszukiwanie informacji na temat własnej choroby zmniejsza lęk przed nieznanym i pozwala ją zaakceptować. Nie tylko możesz, ale wręcz powinieneś to robić. Nie ma złych pytań. Warto przygotować się do każdej wizyty, zadawać pytania, podzielić wątpliwościami, być szczerym w relacji z lekarzem.

7. Daj sobie czas na odnalezienie się w nowej sytuacji i przyzwolenie na to, że nie wiesz, co dokładnie robić, jak się zachować. Daj sobie czas na „poukładanie” emocji związanych z chorobą.

8. Życie jest tu i teraz. Nikt z nas nie jest w stanie przewidzieć, co wydarzy się jutro. Dlatego nie twórz w swojej wyobraźni czarnych scenariuszy. To nie pomoże, a jedynie będzie pogłębiać strach i lęk. Ilekroć takie myśli będą Ci towarzyszyć, postaraj się zastąpić je inną czynnością, np. wyjdź na spacer, porozmawiaj z kimś bliskim, rozwiąż krzyżówkę. Życie dla każdego z nas jest tylko Tu i Teraz!

9. Choroba wiele zabiera, ale może też wiele dać. Choroba zmienia kąt patrzenia na otaczającą rzeczywistość. Wszystko wydaje się ostrzejsze, bardziej wyraziste. Praca, Twoje obowiązki i marzenia ulegają przewartościowaniu. Spojrzenie na wszystkie aspekty życia z innej perspektywy wymusza zmianę, a choroba i trudne doświadczenia z nią związane motywują jeszcze bardziej. Kiedy zrobiłeś coś tylko dla siebie? Kiedy sprawiłeś sobie przyjemność? Kiedy docenisz życie, jeśli nie teraz?

10. Nie odgradzaj się murem od swojej kobiety. Pozwól jej uczestniczyć w każdym etapie leczenia. Rak to nie wyrok, to wyzwanie. Trudne, ale możliwe do pokonania.

10 PORAD DLA NIEJ

1. Nie panikuj. Choć bywa to trudne, bo emocje związane z chorobą bliskiego Ci mężczyzny bywają paraliżujące. Postaraj się zachować spokój i racjonalne myślenie. W przebiegu całego leczenia są beczenne.

2. Nie wyręczaj. Nie zabieraj mu jego autonomii. Mimo, że choroba może ograniczać sprawność, pozwól Twojemu bliskiemu na niezależność. Chory oczekuje normalności! W jego życiu zmieniło się już wystarczająco dużo. Dlatego, jeśli stan jego zdrowia na to pozwala, pozwól, aby wykonywał swoje codzienne obowiązki.

3. Bądź szczerą. Nie udawaj, że Ci łatwo, jeśli tak nie jest. Nie mów choremu, że „wiesz co czuje”, i że „będzie dobrze”, bo nie wiesz, jak będzie. Zawsze mów prawdę i słuchaj z uwagą. Spokojna i empatyczna rozmowa działa uspokajająco. Istotnym jest pozwolenie choremu na wyrzucenie z siebie tego, co czuje i myśli.

4. Po prostu Bądź. Diagnoza nowotworu u drogiego Ci mężczyzny, to dla was trudny czas. Wspierając bliską osobę nie trzeba używać wielkich słów. Bezcennym wsparciem jest sama obecność. Bycie razem i choćby wspólne milczenie.

5. Też masz prawo do wsparcia. Sytuacja choroby jest obciążająca również dla Ciebie. Ty też masz prawo do słabości i potrzebę poradzenia sobie ze związanymi z nią własnymi emocjami. Dlatego nie krępuj się szukać pomocy dla siebie. Zgłoś się na konsultację do psychologa/psychoonkologa, zapisz się do grupy dla osób wspierających w chorobie onkologicznej lub porozmawiaj z przyjacielem.

6. Towarzysz podczas spotkań z lekarzem prowadzącym. Przed konsultacją lekarską spiszcie spokojnie wszystkie pytania, wątpliwości, niezrozumiałe terminy medyczne. Gdy będziecie w gabinecie, Twoje towarzystwo zwiększa szanse zapamiętania odpowiedzi lekarza, które również warto zanotować. Poza tym będziesz mogła interpretować w sposób zdystansowany i racjonalny wszystkie udzielone przez lekarza informacje i wskazówki.

7. Różne postawy wobec choroby. Postawa pacjenta wobec choroby i swoich objawów, a Twoja postawa jako żony/partnerki, mogą być zupełnie różne. Możecie się rozmijać. Chory ma inną koncepcję, a rodzina ma inną, wtedy jest źle. Np. żona zamecza swojego

chorego męża „co ci podać, a może byś się przespał, a może Ci niewygodnie”, a on jest tym zmęczony. Z jednej strony nie chce jej zrobić przykrości, ale z drugiej narasta w nim wściekłość. Postaraj się nie tylko słyszeć głos drugiej osoby, ale przede wszystkim słuchaj, czego potrzebuje.

8. Silne emocje. Mów o swoich uczuciach i o tym, co jest dla Ciebie trudne. Nie traktuj złości chorego osobiście. Ma prawo do wykrzyczenia swojego bólu i smutku. Pozwól mu na to. Choroba jest bardzo trudnym momentem, często zatem towarzyszy jej agresja, bezsilność i złe emocje. Pamiętaj, że najważniejsza w byciu z osobą chorą na raka jest szczerość. Jej brak bardzo łatwo wyczuć.

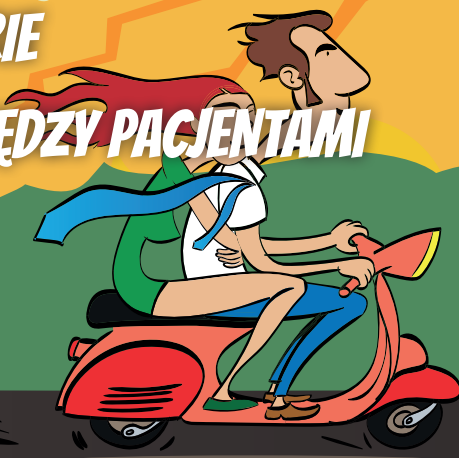
9. Nie żyjcie tylko chorobą. Nie pozwól, żeby choroba stała się całym Waszym życiem – Twoim i Twojego chorującego mężczyzny. Postarajcie się, w ramach możliwości, spędzać miło czas tylko we dwoje.

10. Stawiaj granice choremu. Jeśli czegoś nie chcesz lub nie możesz zrobić, powiedz to otwarcie.

Jak wspierać chorych
na raka prostaty?



PROSTE HISTORIE - WSPARCIE MIĘDZY PACJENTAMI





„OD WIELU LAT BYŁEM PO ROZWODZIE Z ŻONĄ, A Z KOLEGAMI SIĘ NIE ROZMAWIA NA PEWNE TEMATY. WYDAJE MI SIĘ, ŻE MĘŻCZYŻNA PRĘDZEJ ZWIERZY SIĘ ZE SWOICH PROBLEMÓW ZDROWOTNYCH BLISKIEJ KOBIECIE NIŻ, NAWET DOBREMU, KOLEDZE!”

STANISŁAW, CHORY NA RAKA PROSTATY, 64 LATA

Powiedział mi Pan, że nie jest prosta ta Pana historia. Jak więc to było? Kiedy dowiedział się Pan, że ma raka prostaty?

Na ogół jest tak, że pacjenci zgłaszają się do lekarza, jak już mają jakieś objawy, są pod opieką urologa, ale bardzo często nie wiedzą podstawowych rzeczy, np. co to jest PSA. U mnie było tak, że zrobiłem z własnej inicjatywy pierwsze badanie PSA, bo słyszałem, że mężczyźni po 50 roku życia powinni robić takie badania. Było w porządku. Dopiero dużo, dużo później pojawiła się potrzeba częstszych wizyt w toalecie. To mnie zaniepokoiło i udałem się do urologa. Zlecił mi on ponowne zbadanie PSA – było już podwyższone.

Jak Pan zareagował na ten wynik? Dzielił się Pan tym z bliskimi?

Z początku nie. Od wielu lat byłem po rozwodzie z żoną, a z kolegami nie rozmawia się na pewne tematy. Wydaje mi się, że mężczyźni prędzej zwierzy się ze swoich problemów zdrowotnych bliskiej kobiecie niż, nawet dobremu, koledze.

Czyli potwierdza się to, że mężczyźni w ogóle nie rozmawiają ze sobą na tematy dotyczące zdrowia?

Może nie, że w ogóle, ale raczej rzadko. Chyba, że po 60. roku życia, wtedy prędzej. Jak mają 40, 50 lat, to nie rozmawiają o chorobach.

Musiał Pan zatem sam radzić sobie z tą chorobą. Jak ona przebiegała dalej?

Lekarz wdrożył mi farmakologiczne leczenie prostaty, z początku bez widocznych efektów, po pewnym czasie zlecił mi więc biopsję. Wyniki pierwszej biopsji wykaza-

ły, że mam tzw. łagodny przerost prostaty, nie wykryto żadnych zmian nowotworowych. Byłem optymistą. Po dalszym leczeniu farmakologicznym nocne dolegliwości się zmniejszyły, PSA zmalało. Potem jednak, po odstawieniu leku, znowu gwałtownie wzrosło. Wobec tego lekarz zlecił mi ponownie biopsję. Pocięszające wyniki pierwszej biopsji uśpiły moją czujność. Dlatego też, jak okazało się, że na drugą biopsję muszę poczekać w kolejce aż 3 miesiące, nie panikowałem. W przeddzień tego zabiegu PSA znowu znacząco wzrosło – to już mnie bardzo zaniepokoiło. Biopsja wykazała, że jest to niestety nowotwór złośliwy gruczołu krokowego.

Jakie czuł się Pan wtedy? Jak Pan sobie radził psychicznie?

Dla mnie to był szok. Łzy mi się w oczach pojawiły. To było bardzo trudne. Myśli były dosyć negatywne, nie byłem w najlepszym nastroju.

Wiedział Pan, jak będzie wyglądało leczenie, jakie będę jego konsekwencje?

O ile pamiętam, to wtedy zdawałem sobie sprawę, że są dwie drogi leczenia – leczenie chirurgiczne i naświetlanie. Lekarz urolog zapytał mnie o decyzję dotyczącą leczenia – czy operacja, czy radioterapia. Zapytałem, czy jest trzecia droga – leczenie farmakologiczne? Lekarz odpowiedział, że tak, ale dodał, że takie leczenie jest skuteczne tylko przez kilka lat, a potem będzie już za późno na operację, czy naświetlanie. Wiedząc o skutkach ubocznych napromienienia zdecydowałem się na operację. Lekarz stwierdził, że to dobry wybór. Wtedy jeszcze nie wiedziałem, że po operacji, czy napromienieniu stosuje się czasem dodatkowo leczenie hormonalne.

Nadal był Pan sam w tej chorobie?

Nie, wtedy pomogła mi moja przyjaciółka. Poinformowałem ją o wynikach drugiej biopsji. Bardzo się zmartwiła. Wspierała mnie na tym etapie choroby, kiedy musiałem robić dodatkowe, a nieobojętne dla zdrowia badania, jak tomografia komputerowa, czy scyntygrafia. Znamy się od lat, więc rozmawialiśmy o tym. Mogłem się otworzyć, wyzalić. To było bardzo ważne.

Czuł się Pan dobrze poinformowany w trakcie diagnostyki i leczenia? Czy czegoś zabrakło?

Zabrakło mi dłuższej, głębszej rozmowy o podejrzeniach lekarza urologa, bo na pewno wtedy nie czekałbym 3 miesiące na wykonanie drugiej biopsji w szpitalu państwowym. Zleciłbym ją gdzie indziej – prywatnie, tak, jak później musiałem płacić z własnej kieszeni za tomografię komputerową, bo pod koniec roku już nie było na to pieniędzy z NFZ. Natomiast scyntygrafii nie można już było załatwić tak prosto

i szybko. Pozostało oczekiwanie na wolny termin w szpitalu. Nie było także rozmowy z lekarzem o szybkim wzroście wskaźnika PSA i powiązaniu tego faktu z wyborem metody leczenia. Czekając na operację, czekałem na wykonanie scyntygrafii, a jak przyszedłem z jej wynikiem do lekarza, to okazało się, że w międzyczasie moje PSA osiągnęło taki poziom, że na operację było już za późno... Pozostała radioterapia. Myślę, że gdyby lekarz miał więcej czasu na przeanalizowanie postępów mojej choroby, to radioterapię i związane z nią wstępne leczenie hormonalne można by było włączyć wcześniej.

A czy ktoś Pana uprzedził o skutkach ubocznych leczenia? Rozmawiał o tym z Panem?

Tak, onkolog wyjaśniła mi, na czym polega to leczenie. Uprzedziła mnie o możliwych wczesnych i późnych skutkach ubocznych radioterapii. Wyjaśniła także, że przy moim wysokim PSA grożą mi przerzuty i dlatego konieczne jest leczenie hormonalne po radioterapii. Dowiedziałem się, że może to mieć wpływ na moje życie seksualne, ale wtedy nie miałem partnerki, więc bez wahania zgodziłem się na to leczenie. Jak dotąd jest bardzo skuteczne. A życie pokazało, że nawet po radioterapii i hormonaloterapii można mieć dużo zadowolenia z seksu.

Uważa Pan, że wsparcie psychologiczne innych osób ma znaczenie, przekłada się na leczenie?

Wydaje mi się, że tak. Ma znaczenie. Jest tak, że pacjent wtedy wie, że nie jest sam. Ma potrzebę wygadania się, a psycholog to jest wdzięczny obiekt do wysłuchiwania jego wynurzeń i jest merytorycznym partnerem do rozmowy. Przyjaciółka nie jest idealną osobą do tych celów, gdyż za bardzo przejmuje się zdrowiem pacjenta, czasem panikuje, a to źle wpływa na niego. Dla mnie w tej chwili psycholog to najlepsza osoba, której mogę się wygadać na wszystkie tematy, które mnie stresują.

Dziękuję za rozmowę.



„JESTEM INNYM CZŁOWIEKIEM. BARDZIEJ ŚWIADOMYM KRUCHOŚCI WSZYSTKIEGO, CO NAS OTACZA, A TAKŻE BARDZIEJ DBAJĄCYM O SIEBIE I NAJBLIŻSZYCH. I CHYBA BARDZIEJ KORZYSTAM TERAZ Z ŻYCIA. KIEDYŚ BYŁEM OSZCZĘDNY, A TERAZ Z ŻONĄ WYDAJEMY OSZCZĘDNOŚCI NA NASZE PRZYJEMNOŚCI. I JEST NAM Z TYM SUPER!”

RYSZARD, CHORY NA RAKA PROSTATY, 68 LAT

Jaki był początek Pana historii z rakiem prostaty?

Zawsze unikałem lekarzy, jak tylko się dało. Nie badałem się i uważałem, że choroba to temat, który mnie nie dotyczy. Żona wielokrotnie próbowała mnie zaciągnąć na rutynowe badania, ale skutecznie się nie dawałem. Jak się później okazało, do czasu. 3 lata temu zdiagnozowano u mnie raka prostaty. Teraz u lekarzy i w szpitalu jestem bardzo często.

Jakie były pierwsze objawy?

Objawy były banalne i to chyba najgorsze w tej chorobie. Zacząłem częściej chodzić do toalety. Na początku nie zwracałem na to uwagi, wydawało mi się, że panowie w pewnym wieku po prostu tak mają. Co więcej, tak się do tego przyzwyczaiłem, że nawet nie zauważyłem, jak na przestrzeni miesięcy zwiększyła się częstotliwość chodzenia do łazienki. Żona na mnie krzyczała, namawiała mnie na konsultację u specjalisty, ale wzbraniałem się. Nie chciałem robić wokół siebie zamieszania. Tylko, że pewnego dnia już zupełnie nie mogłem oddać moczu i to już zaczęło się robić bardzo nieciekawie. To żona wtedy umówiła mnie do urologa prywatnie i siłą tam zaprowadziła. Lekarz nie ukrywał swojego oburzenia, że tak długo czekałem. Przepisał leki, zlecił badania i bardzo szybko dostałem diagnozę – rak prostaty.

Kiedy otrzymał Pan diagnozę, co Pan pomyślał?

Świat mi się zawalił. Byłem przerażony, myślałem, że to koniec. Płakałem jak dziecko. Wróciłem do domu, zacząłem szukać informacji o chorobie w internecie i to było

jeszcze gorsze. Ogarniało mnie coraz większe przerażenie. Byłem zły na siebie, nie umiałem poradzić sobie z tą złością. Nie wiedziałem, co ze sobą zrobić.

A żona? Jak zareagowała na diagnozę?

Wpadła w histerię, rozpacz, ale także była na mnie bardzo zła. Nie ukrywała tej złości. To była złość na wszystko – na mnie, na siebie, na chorobę. Gdy zeszyły z niej te emocje, ruszyła do działania. Zaczęła rozmawiać z rodziną, przyjaciółmi i szukała dla mnie najlepszego specjalisty, ośrodka, w którym mógłbym się leczyć. I załatwiła to wszystko. Prowadziła mnie za rękę na wszystkie konsultacje, była ze mną w gabinecie lekarskim, notowała, zadawała pytania, szukała informacji. Bardzo jej za to dziękuję. Ja w tamtym okresie byłem w kryzysie, całkowicie załamany. Czułem się i zachowywałem tak, jakby to wszystko, co się wtedy działo, było jak za mgłą, jakby to był film, jakby to zupełnie nie była moja historia.

Rozpoczął się proces leczenia. Jak to wyglądało dalej?

Trafiłszy na świetnego onkologa, który znakomicie przedstawił nam obraz całego leczenia. Przedstawił to na tyle bezpiecznie, że zmniejszyło się napięcie, zarówno moje, jak i mojej żony. Zaczęliśmy myśleć, że może to jeszcze nie wyrok. Ten onkolog zaproponował mi również spotkanie u psychoonkologa.

Skorzystał Pan z takiej pomocy?

Na początku się opierałem. Wstydziłem się opowiadać o chorobie, ale żona mnie namówiła. Nie żałuję, poza tym sama z tej pomocy skorzystała i choć minęły już trzy lata, nadal czasem korzysta. Jest to bardzo pomocne.

Czy miał Pan jakieś wątpliwości związane z proponowanym leczeniem?

Nie miałem żadnych wątpliwości, chciałem jak najszybciej je rozpocząć. Zaproponowano mi radioterapię i hormonoterapię. Upředzcano o skutkach ubocznych, ale ja w ogóle o tym nie myślałem. Najważniejsze było dla mnie, aby zacząć się leczyć. Chciałem i chcę żyć!

Czy Pana żona obawiała się skutków ubocznych leczenia?

Oczywiście. Bała się, jak to zniosę. Obawiała się bólu, cierpienia, ale każdy kolejny krok pokazywał nam nawzajem, że nie jest tak źle.

Na jakim etapie leczenia jest Pan teraz?

Aktualnie zakończyło się moje leczenie. Jestem w remisji i oczywiście pod stałą kontrolą lekarza onkologa/urologa. Żyję normalnie, choć właściwie zmieniło się wszystko.

Co się zmieniło?

Jestem innym człowiekiem. Bardziej świadomym kruchości wszystkiego, co nas otacza, a także bardziej dbającym o siebie i najbliższych. I chyba bardziej korzystałem teraz z życia. Kiedyś byłem oszczędny, a teraz z żoną wydajemy oszczędności na nasze przyjemności. I jest nam z tym super! A co jutro mnie czeka? Nie wiem, ale czuję jakiś taki dziwny spokój.

A żona? Jaką rolę odegrała w tym procesie?

Bez niej nie dałbym rady. Ona jest moim aniołem stróżem i moją siłą. Jest ze mną cały czas i jest nieocenionym wsparciem. Każdego dnia zastanawiam się, jak jej za to podziękować. Ona nazywa mnie głupcem, że wciąż jej dziękuję, ale ja i tak robię to dalej. Naprawdę jestem szczęściarzem.

Co radziłby Pan innym mężczyznom, którym przytrafi się ta choroba?

Wytrwałości, odrobiny humoru, otwartości na różne słabości.

Dziękuję za rozmowę.

Jak ważne jest wsparcie psychologiczne osób, które dowiadują się, że mogą chorować na nowotwór?





„DLA MNIE NAJWAŻNIEJSZE JEST, ŻEBY MĄŻ ŻYŁ NIŻ JAKIEŚ SYTUACJE INTYMNE. NIE MA, TO NIE MA, KONIEC KROPKA. CZŁOWIEK MUSI SIĘ Z TYM POGODZIĆ!”

BARBARA, ŻONA CHOREGO NA RAKA PROSTATY RYSZARDA

Jak się zaczęła choroba u Pani męża?

Rok temu namówiłam męża na badania. Dowiedziałam się, że są badania PSA i, że są to badania z krwi. Wcześniej mąż bardzo niechętnie podchodził do badań profilaktycznych w kierunku prostaty (badania per rectum), strasznie się wzdrygał i nie chciał na nie pójść. Kiedy więc dowiedziałam się, od kolegi z pracy, że są takie badania z krwi, to namówiłam na nie męża.

A czy mąż miał wcześniej jakieś objawy?

Nie, żadnych. Normalnie oddawał mocz, nic go nie bolało. Kompletnie nie przypuszczaliśmy, że może mieć jakieś problemy.

Czyli u Pani zainteresowanie testem PSA to było działanie profilaktyczne, po prostu zadbanie o zdrowie męża?

Tak, bo ja po prostu zaczęłam się sama tym interesować. Myślałam – jest w porządku, ale dla świętego spokoju chciałam, żeby mąż poszedł i zrobił sobie badania.

Udało się Pani namówić męża na to badanie. I co było później?

Okazało się, że ma nieprawidłowy wynik. Powiedział jednak, że nie będzie się operował, tylko będzie się leczył na własną rękę. Tak też zrobił. Leczył się różnymi pastylkami i ziołami, szukał ratunku w internecie. Czuł się cały czas dobrze.

A jakie było zalecenie lekarza, kiedy mąż otrzymał wynik testu PSA?

Lekarz powiedział, że trzeba usunąć zmianę w szpitalu. Nie stwierdził na tym etapie choroby nowotworowej. Mąż więc leczył się metodami naturalnymi.

Pani się temu nie sprzeciwiała, że mąż nie postępuje zgodnie z zaleceniami lekarza?

Sprzeciwiałam się, ale uszanowałam jego decyzję. Mąż bał się operacji. Myślał, że można jeszcze spróbować zaleczyć bez operacji.

Coś się jednak później zaczęło zmieniać?

Tak. Mąż po pół roku wykonał kolejny raz test PSA. Okazało się, że wynik nieznacznie wzrósł, a potem jakoś tak po 2-3 miesiącach zaczął gwałtownie chudnąć. I to mnie zaniepokoiło. Miałam ojca chorego na raka płuc. Widziałam jak on chudnie, to wyglądało podobnie. Czułam, że coś jest nie tak i namówiłam męża ponownie na badania PSA. I tym razem wskaźnik PSA był już bardzo podwyższony.

I co było dalej?

Jak zobaczyłam ten wynik PSA 600 to wiedziałam, że to jest coś niedobrego. Wiedziałam, że to jest rak. Tym razem poszliśmy od razu prywatnie do urologa i w ciągu miesiąca mąż znalazł się w szpitalu. Lekarz od razu powiedział, że jest potrzebna chemioterapia i dobrze by było dobrać dodatkowo leczenie, które jest dostępne w tym szpitalu właśnie, w którym mąż teraz przebywa.

A jak Państwo zareagowali na tę sytuację? Jakie emocje Wam towarzyszyły?

Wszyscy jesteśmy zrozpaczeni tą sytuacją, ale nie możemy tego pokazać. Mąż to jest człowiek pozytywnie nastawiony do świata. I bardzo dobrze. Jest bardziej pozytywnie nastawiony niż ja.

Myślała Pani kiedyś o wsparciu psychologicznym?

Całe życie radziłam sobie zawsze ze swoimi problemami sama. Byłam kiedyś u psychologa, ale skutek był u mnie odwrotny. Podobnie córka. Dlatego ja wiem, że muszę sobie sama ze sobą radzić. Nie jest mi potrzebna pomoc psychologa.

A ma Pani jakieś sposoby, jak sobie radzić?

Jesteśmy z mężem bardzo zgodną rodziną. Stuknęło nam już 41 lat w małżeństwie. Nigdy się nie kłóciliśmy, więc jakoś to się układa. Jestem osobą bardzo cierpliwą i wszystko znoszę. Wiem, że mąż jest teraz trochę inny z powodu tej choroby, ma trochę inny charakter, ale język przygryzę i dobrze jest!

Jak radzicie sobie Państwo ze skutkami ubocznymi leczenia? Czy rozmawiacie o tym?

Rozmów na ten temat nie było, ale mąż na przykład traci włosy, więc mówię mu: nie martw się, ja bardzo lubię łysych facetów!

Mężczyźni często mówią, że jednak lokalizacja tej choroby, ten rak prostaty, wiąże się z pewną intymnością. Myślą o tym, że tracą swoją męskość. Czy ten temat pojawił się w Waszym związku?

Nie. Ja jestem taką osobą, która rozumie tę sytuację. Dla mnie ważniejsze jest, żeby mąż żył niż jakieś sytuacje intymne. Nie ma, to nie ma, koniec kropka. Człowiek musi się z tym pogodzić.

Co poradziłaby Pani innej kobiecie, której mąż zмага się z rakiem prostaty?

Trudno mi radzić, bo musiałabym tę rodzinę poznać, każdy jest inny. Ale na pewno, jak się ludzie kochają i żyją w zgodzie, to jest łatwiej.

Czy musiała Pani motywować męża w leczeniu, w walce z chorobą?

Tak, tak. Mówiłam mu na przykład o znajomym, który walczył z innym nowotworem i dzięki walce udało mu się przeżyć 5 lat, przekonywałam więc męża, że warto jednak się leczyć, że to daje jakieś efekty. Poza tym jesteśmy z mężem ludźmi bardzo wierzącymi i nasza wiara nam bardzo teraz w tym wszystkim pomaga.

Czy choroba coś zmieniła?

Uświadomiła nam, że dzisiaj jesteśmy, a jutro może nas nie być.

Dziękuję za rozmowę.



**„MĘŻCZYŹNI SIĘ WSTYDZĄ, ŻE TO LIBIDO SIĘ POGORSZY,
NIE CHCĄ O TYM ROZMAWIAĆ Z ŻONĄ. TO JEST WAŻNE JEDNAK,
ŻEBY ROZMAWIAĆ O TAKICH PROBLEMACH I O CHOROBAH.
TRZEBA PAMIĘTAĆ, ŻE TRZEBA SIĘ BADAĆ. BO PRZECIEŻ JEST
RÓŻNIE. A W TYGLU PRACY ZAPOMINA SIĘ O SOBIE I O TYM,
CO NAJWAŻNIEJSZE!"**

HENRYK, CHORY NA RAKA PROSTATY, 63 LATA

Jak to zaczęło się u Pana?

Nigdy nie badałem PSA. Dopiero jak zmieniłem lekarza rodzinnego, dowiedziałem się, że powinienem te badania wykonać, że w moim wieku powinienem już dawno taki test zrobić. Zrobiłem więc w końcu to badanie. Odebrałem wynik i pani doktor napisała „na cito do urologa”. Pierwsze, co pomyślałem, że popróbuje metod naturalnych, które znalazłem w internecie, ale to nic nie dało.

A jakie to były metody?

Przede wszystkim dieta. Koniec z alkoholem, tłustym jedzeniem, mięsem. Zacząłem więc stosować dietę, różne ziołka. Ale po pół roku wyniki się pogorszyły i dopiero wtedy poszedłem do urologa.

Czyli dopiero po pół roku stosowania tradycyjnych metod poszedł Pan do urologa. Dlaczego zwlekał Pan tak długo?

To jest wstydlivy temat dla mężczyzny. Poza tym chciałem się ustrzec przed operacją. Dziś już wiem, że trzeba było zacząć leczyć się wcześniej. Zresztą żona mnie od początku namawiała na wizytę u lekarza specjalisty.

I jak wyglądały dalsze kroki?

Lekarz urolog powiedział bardzo rzeczowo, co mnie czeka i zgodziłem się na wszystkie badania. Zrobiono mi badanie per rectum, biopsję, potem zrobiono mi także to-

mografię komputerową i wyszło, że jest to złośliwy nowotwór z przerzutami do kości.

Jaka była Pana reakcja?

Pomyślałem, że jednak jest tragicznie i to poważna sprawa, a moje metody nie podziałały, dlatego muszę się leczyć. Próbowałem, ale jednak trzeba było działać bardziej radykalnie.

Towarzyszyła Panu żona?

Tak, żona bardzo chciała mi towarzyszyć od początku, podobnie jak mój syn i córka.

A jak zareagowała Pana żona? Jak Pana wspierała?

Żona mówiła, że powinien pójść wcześniej do lekarza, nie próbować tych metod naturalnych, ale stało się. Wiadomo, że się martwi, ale mówię jej, że będzie dobrze. Przygotowałem się, że nie przeżywam tego jakoś bardzo tragicznie, każdy ma jakieś choroby. Przychodzi wiek, człowiek się starzeje, więc różne choroby go dopadają. Żo- nie mówię, że jeszcze jest po co żyć, żeby się tak nie martwiła. Ona przede wszystkim wspiera mnie modlitwą, pomaga duchowo, rozmawiamy dużo przez telefon.

Jak już Pana zdiagnozowano, to jak wyglądało leczenie?

Najpierw dostawałem leki hormonalne, ale zaczęła mi puchnąć bardzo noga i musiałem odstawić. Potem więc dostałem inny zastrzyk, który jest podawany co 3 miesiące. Wyniki PSA spadły, więc widać, że jest lepiej. Doktor polecił mi, abym zajął się do placówki, w której otrzymam odpowiednią chemioterapię. Tak trafiłem tutaj do szpitala w Warszawie. Terapia hormonalna jest nadal kontynuowana w Lublinie i wszystkiego będę pilnował. Nie zawałę tu nic.

Czy miał Pan problem, aby powiedzieć kolegom w pracy o chorobie?

Powiedziałem szefowi, że jest taka sytuacja. Poza tym, dlaczego mam się krępować? Przecież to jest ważna informacja, może ktoś się spyta i moja historia komuś uratuje życie. Jak wrócę do pracy, to na pewno będę mężczyzn ostrzegał i przekonywał do tego, aby robili badania PSA.

Jak lekarz przekazał Panu informacje o chorobie?

Byłem w gabinecie z żoną. Potrzebowałem tego wsparcia, bo ja mogłem ominąć w tej chorobie jakieś informacje. To było dla mnie ważne, że byliśmy tam razem.

Lekarz przede wszystkim mówił, żebym nie uciekł i wytrwał w leczeniu. Powiedział też, że po podjęciu leczenia będzie lepszy komfort życia, rak będzie kontrolowany, a potem zobaczymy. Był bardzo rzeczowy.

Jaki rodzaj wsparcia jest dla Pana najważniejszy?

Wystarczy porozmawiać, przytulić się, pocieszyć. To człowiek jest już bardziej zadowolony, lepiej się czuje. Wiadomo, że jak się tak leży i nic nie robi, to różne myśli przychodzą do głowy, ale wtedy mówię sobie „nie smuć się, bo to jest najgorsze”. I lekarz mi powiedział: „Panie Henryku 80 procent to Pan, ja zrobię resztę. Pan musi chcieć i być dobrze nastawiony do tej choroby”.

A jak wpłynęła ta choroba na Pana życie? Relacje z żoną?

Jest lepiej. Jest więcej takiego kontaktu, czasu razem. Jesteśmy bardziej skoncentrowani na sobie. A ja mam dobrą żonę, taką prawdziwą hrabinę. To jest bardzo dużo, jak jest ta współpraca.

A co radziłby Pan innym mężczyznom?

Mężczyźni się wstydzą, że to libido się pogorszy, nie chcą o tym rozmawiać z żoną. To jest ważne jednak, żeby rozmawiać o takich problemach i o chorobach. Trzeba pamiętać, że trzeba się badać. Bo przecież jest różnie. A w tym tyglu pracy zapomina się o sobie i o tym, co najważniejsze.

Dziękuję za rozmowę.

Dlaczego rak prostaty jest trudny do zaakceptowania przez mężczyznę?





***„PRZEŻYLIŚMY OLBRZYMI KRYZYS, ALE TERAZ JEST
NAPRAWDĘ DOBRZE. ZMIENIŁY SIĘ NAM PRIORYTETY. TROCHĘ
SZALEJEMY. PODRÓŻUJEMY, WYCHODZIMY DO KINA, TEATRU,
DO RESTAURACJI. JESTEŚMY BARDZO BLISKO, JAK CHYBA
NIGDY WCZEŚNIEJ. KORZYSTAMY Z ŻYCIA!”***

DANUTA, ŻONA CHOREGO NA RAKA PROSTATY RYSZARDA, 67 LAT

Jak to wszystko zaczęło się u Pani męża?

Zaczęło się zupełnie niepozornie – od częstszego oddawania moczu. Te objawy nasilały się, mąż je bagatelizował. Nie chciał mnie słuchać, gdy prosiłam, żeby poszedł do lekarza. Ja mu odpuszczałam, za co jestem na siebie zła. W końcu nie mógł oddać moczu, pojawił się silny ból i poszedł do lekarza.

Dlaczego mąż nie chciał wcześniej pójść do lekarza?

Bał się. Nie potrafię tego inaczej wyjaśnić.

Gdy została postawiona diagnoza, jakie myśli i emocje Pani towarzyszyły?

Byłam przerażona, chociaż to chyba zbyt delikatne określenie. Czułam się jakbym zderzyła się z autobusem. I jeszcze byłam bardzo, bardzo zła. Złościłam się na wszystko, nie mogłam zrozumieć, dlaczego nas to spotkało. Jednak, kiedy zobaczyłam, w jak złym stanie jest mój mąż, to po prostu musiałam wziąć się w garść i zająć się nim.

Na czym polegało to zajęcie się mężem?

Podeszłam do tego bardzo zadaniowo. Otarłam łzy, schowałam swoje emocje do kieszeni i zaczęłam organizować leczenie. Pytałam się znajomych, rodziny o dobrych specjalistów i tak jakoś, krok po kroku, trafiliśmy na naszego cudownego lekarza.

Na czym polegała wyjątkowość tego lekarza?

Na ludzkim podejściu. Poświęcił nam mnóstwo czasu, wszystko dokładnie wyjaśnił. Oczywiście towarzyszyłam mężowi przy każdej wizycie. Notowałam, zadawałam wiele pytań, a lekarz udzielił nam wszelkich informacji. Te wizyty nas uspokoiły. Przestaliśmy tworzyć czarne scenariusze leczenia.

Czy poza onkologiem, ktoś jeszcze Was wspierał? Czy korzystaliście ze wsparcia psychoonkologa?

Tak. Nasz lekarz polecił nam taką konsultację. Mąż się opierał, ale namówiłam go. Sama też skorzystałam, bo było mi to także bardzo potrzebne. Do dzisiaj czasami spotykam się z panią psycholog. Myślę, że za mało się mówi, jak ważne jest wsparcie specjalisty w procesie leczenia.

A jak już rozpoczęło się leczenie, jakie towarzyszyły Pani emocje?

Przede wszystkim poczułam ulgę. Tak, jak wspominałam, jestem zadaniową osobą, więc leczeniem było już działanie. Lekarz i psycholog rozmawiali z nami o skutkach ubocznych, o możliwych powikłaniach i dysfunkcjach seksualnych. Mąż nawet się mnie zapytał, czy to będzie dla mnie problem. Powiedziałam mu, brzydko mówiąc, żeby puknął się w głowę! Dla mnie najważniejsze było i jest, żeby żył!

I powiem Pani, że mijają trzy lata od postawienia diagnozy. Przeżyliśmy olbrzymi kryzys, ale teraz jest naprawdę dobrze. Zmieniły się nam priorytety. Trochę szalejemy. Podróżujemy, wychodzimy do kina, teatru, do restauracji. Jesteśmy bardzo blisko, jak chyba nigdy wcześniej. Korzystamy z życia!

Co radziłaby Pani innym kobietom, które wspierają swoich mężczyzn w chorobie?

Rozmawiajcie ze sobą. Nie unikajcie siebie, szukajcie pomocy u przyjaciół i bliskich. Dajcie sobie prawo do tego, żeby też otrzymać wsparcie. Bądźcie ze sobą blisko. To daje dużą siłę. I nie przejmujcie się głupotami. Ja już przestałam i jest mi w życiu o wiele łatwiej.

Dziękuję za rozmowę.

Dlaczego wsparcie
najbliższych jest
ważne dla chorych?







DIETA W LECZENIU ONKOLOGICZNYM, HORMONALNYM

DR N. O ZDR. MARTA DĄBROWSKA-BENDER

Doktor nauk o zdrowiu w zakresie dietetyki i zdrowia publicznego. Adiunkt (pracownik naukowo –dydaktyczny) w Zakładzie Dietetyki Klinicznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, z którym zawodowo i naukowo związana jest od 2005 roku. Dietetyk kliniczny w Narodowym Instytucie Onkologii im. Marii Skłodowskiej – Curie Państwowym Instytucie Badawczym (Dział Żywienia Klinicznego).

Autorka, współautorka licznych prac naukowych, rozdziałów oraz monografii polskich i zagranicznych. Członek Polskich Towarzystw Naukowych oraz Członek Rady Fundacji ONKOCAFE – Razem lepiej. W pracy naukowej i zawodowej koncentruje się na tematyce żywienia pacjentów onkologicznych, po transplantacji narządu, z przewlekłą niewydolnością nerek oraz na jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia. Posiada wieloletnie doświadczenie w pracy z pacjentem zdobyte w szpitalach klinicznych i poradniach specjalistycznych. Wykonywany przez nią zawód to misja i pasja oraz wewnętrzna potrzeba niesienia chorym żywieniowego wsparcia.

Leczenie hormonalne raka prostaty powoduje szereg powikłań, m.in. ze strony układu kostnego, zmiany lipidowe, zespół metaboliczny oraz choroby układu sercowo – naczyniowego. Niektóre z nich wywierają bardzo niekorzystny wpływ na stan odżywienia chorych oraz jakość ich życia.

Jednym z powikłań leczenia hormonalnego raka prostaty są powikłania ze strony układu kostnego. Często dochodzi do złamań kości niezwiązanych z przerzutami – są one następstwem obniżenia gęstości mineralnej kości w toku leczenia przeciwnadrogenowego. Dlatego, oprócz leczenia polegającego m.in. na farmakoterapii oraz stosowaniu ćwiczeń fizycznych, ważne jest włączanie do codziennej diety pożywienia, które regularnie zaopatruje kości w wapń zgodnie z zapotrzebowaniem organizmu i we właściwym stosunku do innych substancji odżywczych. Odpowiednia ilość tego pierwiastka i witaminy D₃ oraz pełnowartościowego białka wysokiej jakości (mięso drobiowe, ryby morskie niehodowlane, jaja, mleko i przetwory mleczne fermentowane) jest niezbędna do prawidłowego funkcjonowania układu kostnego w każdej grupie wiekowej. Właściwy poziom wapnia i witaminy D₃ (nie-dobór witaminy D₃ często wymaga suplementacji, gdyż z produktów spożywczych trudno pokryć jej dobowe zapotrzebowanie) zmniejsza ryzyko wystąpienia nie tylko osteoporozy, ale także złamań.

Podstawowym źródłem wapnia dla człowieka jest żywność. Najlepiej przyswajalny pochodzi z mleka i przetworów mlecznych, ponieważ produkty te zawierają laktozę zwiększającą jego wchłanianie i charakteryzują się odpowiednim stosunkiem wapnia do fosforu. Osobom nietolerującym laktozy zaleca się spożywanie zamiast mleka przetworów mlecznych, w których część laktozy zastała rozłożona przez bakterie. Do takich produktów należą naturalne napoje fermentowane (m.in. kefir, jogurt), sery podpuszczkowe dojrzewające (tzw. żółte z obniżoną zawartością tłuszczu) oraz sery twarogowe. Jednocześnie należy pamiętać, że spożycie serów żółtych nie powinno być zbyt duże ze względu na wysoką zawartość tłuszczu i cholesterolu. Wśród nich należy wybierać te, w których zawartość tłuszczu jest poniżej 10% (bez stabilizatorów oraz substancji konserwujących). Bogatym źródłem wapnia w pożywieniu są: mleko i produkty mleczne (naturalne, najlepiej fermentowane bez dodatku mleka w proszku) – jogurt naturalny, jogurt grecki, kefir, zsiadłe mleko, maślanka naturalna itp.; woda mineralna bogata w wapń (niskosodowa); sardynki w słoiku, dorsz, tuńczyk – ryby niehodowlane; orzechy laskowe, migdały, mak, ziarno sezamowe, szalwia hiszpańska (Chia); warzywa zielone, sałaty, świeże i suszone zioła, nasiona roślin strączkowych.

Bilansując prawidłowo dietę należy także zwrócić uwagę na produkty żywnościowe, które wspomagają i hamują przyswajanie wapnia, bądź nasilają jego wydalanie przez nerki. Wspomagacze przyswajania wapnia to: witamina D₃ (występowanie: tran rybi, ryby morskie z zimnych wód, śledź, pstrąg tęczowy, łosoś, szprot, sardyn-

ka, sola, halibut, makrela, pstrąg, dorsz, flądra, żółtko, masło, ser twarogowy, mleko i przetwory mleczne, borowiki, kurki i pieczarki); witamina C (surowe owoce i warzywa, tj. porzeczka czarna i czerwona, papryka czerwona, brukselka, papryka zielona, kalafior, szpinak, truskawki, poziomki, kiwi, cytryna, pomarańcze, kapusta czerwona i biała); laktoza (cukier mleczny) – jeśli jest dobrze tolerowana przez chorego; oraz witamina K₁ (głównie ciemnozielone warzywa);

Z kolei przyswajanie wapnia hamują: tłuszcze (nadmierne ilości tłuszczu pochodzenia zwierzęcego: tłuste mięsa: wieprzowina, baranina, gęsina, smalec, łój, słonina, podroby oraz wyroby wędliniarskie); niektóre substancje reszkowe pochodzenia naturalnego (zwłaszcza fityny w ziarnie niełuskany); fosforany (wyroby mięsne i wędliniarskie, sery topione, tłuste i półtłuste sery żółte, coca-cola, pepsi, kolorowe napoje); kwas szczawiowy (spożywanie dużych ilości rabarbaru, boćwiny, kaka, buraków ćwikłowych), zaś wydalanie wapnia przez nerki nasilają: nadmiar soli, kofeiny, białka w diecie (np. dieta bogatobiałkowa).

Do innych i częstych powikłań leczenia hormonalnego chorych na raka stercza (prostaty) należą: zespół metaboliczny (objawiający się zwiększeniem obwodu brzucha, wzrostem stężenia trójglicerydów, wzrostem ciśnienia tętniczego, obniżeniem stężenia cholesterolu frakcji HDL oraz wzrostem glikemii), choroby układu sercowo – naczyniowego (zwiększenie ryzyka rozwoju choroby zakrzepowo – zatorowej, wystąpienia zawału mięśnia sercowego, zgony). Ponadto w trakcie terapii dochodzi w organizmie do zmian lipidowych (m.in. do wzrostu stężenia cholesterolu i trójglicerydów we krwi), które występują zazwyczaj po 3 miesiącach stosowania hormonoterapii (może towarzyszyć im obniżenie wrażliwości na insulinę).

Zalecenia żywieniowe, które pomogą zmniejszyć ryzyko wystąpienia tych chorób są następujące:

- należy regularnie spożywać 4-5 pełnowartościowych posiłków dziennie (co 3-4 godziny), jest to niezwykle ważne ze względu na: pobudzenie przemiany materii, zapobieganie niedoborom witaminowo – mineralnym, utrzymanie prawidłowej masy ciała, dobre samopoczucie i wyrównanie poziomu energii w ciągu całego dnia.
- każdy posiłek musi być odpowiednio zbilansowany. Pełnowartościowy, kompletny posiłek to taki, który zawiera wszystkie niezbędne składniki: warzywa, szczególnie zielone, w formie gotowanej i surowej; węglowodany złożone (grube kasze, ciemny ryż, makarony all dente, pieczywo pełnoziarniste, warzywa, ziemniaki); białko: jaja, nabiał, mięso, ryby, amarantus oraz nasiona roślin strączkowych, orzechy, nasiona, zboża, kiełki; zdrowe tłuszcze: oliwę z oliwek, olej lniany, olej rzepakowy, awokado, orzechy, siemię lniane;

- ostatni posiłek spożywać 3 godziny przed snem. Należy pamiętać, aby znajdowało się w nim pełnowartościowe białko (nabiał, mięso, ryby) oraz węglowodany złożone: warzywa, pieczywo pełnoziarniste, grube kasze, ciemne makarony. W ostatnim posiłku należy unikać cukrów prostych (owoców, miodu, przetworów owocowych, słodczy i innych), a w szczególności owoców. Niestrawione resztki mogą powodować nasiloną fermentację jelitową i zakłócać spokojny sen.

Jeśli masz podwyższony cholesterol we krwi, Twój jadłospis powinien zawierać go mniej niż 200 mg. Jeśli jego wartości są prawidłowe – dieta powinna zawierać mniej niż 300 mg na dobę. Bogatym źródłem cholesterolu są: żółtka jaja kurzego, podroby (np. wątroba wieprzowa, wątróbka z kurczaka itp.), tłuszcze zwierzęce, tłuste mięsa i wędliny (w tym wędliny podrobowe), tłuste mleko i jego przetwory mleczne. Wymienione powyżej produkty spożywcze są też bogatym źródłem nasyconych kwasów tłuszczowych.

Cholesterol w diecie można zmniejszyć poprzez:

- rezygnację z produktów spożywczych bogatych w tłuszcze zwierzęce (szczególnie obfitujących w nasycone kwasy tłuszczowe), czyli masła, smalcu, słoniny, boczku, łożu wołowego, oleju palmowego i kokosowego, które wchodzi w skład tłuszczu cukierniczego i smaźalniczego wykorzystywanego przy produkcji wielu słodczy produkowanych przemysłowo oraz wielu produktów typu fast-food;
- unikanie tłustego mleka i tłustych przetworów mlecznych, tj. tłustych twarogów, sera żółtego tłustego i pełnotłustego, sera pleśniowego, sera topionego, śmietany > 9% tłuszczu;
- ograniczenie spożycia żółtek jaj lub całych jaj do 2-3 sztuk na tydzień; można je stosować zamiennie z jajami przepiórczymi;
- rezygnację lub ograniczenie spożycia podrobów (wątróbki wieprzowej, wołowej, drobiowej) do 1 porcji w miesiącu; warto ograniczyć też inne podroby, tzn. wędliny podrobowe, pasztety, itp.
- wprowadzenie do jadłospisu produktów mlecznych, głównie fermentowanych, chudego mięsa oraz chudych wędlin bez konserwantów (najlepiej wyrobu własnego);
- wybór tłuszczu roślinnych wysokiej jakości tłoczonych na zimno, np. oleju rzepakowego, oliwy z oliwek, oleju lnianego, itp.
- używanie do smarowania pieczywa: margaryny miękkiej wysokiej jakości z dodatkiem steroli i stanoli roślinnych (informacja dostępna na etykiecie produktu), miksów masła prawdziwego z dodatkiem tłuszczu roślinnych tłoczonych na zimno (w niewielkiej ilości), przecieranych pomidorów, awokado, pasty z nasion roślin strączkowych, itp.
- zawarcie w diecie odpowiedniej ilości błonnika pokarmowego rozpuszczalnego,

tj. płatków owsianych, otrębów owsianych, kaszy jęczmiennej, płatków jęczmiennych, otrębów jęczmiennych, surowych owoców – szczególnie jabłek, porzeczek, jagód, cytrusów, nasion roślin strączkowych: fasoli, ciecierzycy, soczewicy oraz większości surowych warzyw, które obniżają stężenie złego cholesterolu LDL we krwi.

Kwasy tłuszczowe Omega-3 oraz regularna aktywność fizyczna pomagają zmniejszyć stężenie trójglicerydów. Najwięcej Omega-3 zawierają tłuste, niehodowlane ryby morskie (głównie EPA i DHA) – dziki łosoś, sardynki, szprotki, śledzie, makrele, tuńczyk, halibut, płastuga, flądra (wybieraj ryby świeże lub mrożone, natomiast unikaj wędzonych, m.in. ze względu na dużą zawartość soli);

Bezpieczne metody przygotowywania posiłków to: gotowanie w wodzie, na parze, zapiekanie w piekarniku, duszenie, grillowanie bez dodatku tłuszczu;

Ogranicz spożycie soli w diecie (zmniejszysz w ten sposób ryzyko wystąpienia nadciśnienia tętniczego, udaru mózgu oraz choroby niedokrwiennej serca); Sól zastąp świeżymi lub suszonymi ziołami; Unikaj produktów zawierających dużo soli, głównie przetworzonych, tj. wędlin, mięsa peklowanego, ryb wędzonych, produktów marynowanych, żółtych serów, słonych przekąsek (paluszków, chipsów, krakersów, dań typu fast food, żywności puszkowanej, bulionów, zup i sosów w proszku; Pieczywo jest również źródłem soli;

Składnikami żywności, które pomagają zmniejszyć ciśnienie tętnicze krwi są: błonnik pokarmowy, wapń, potas, magnez, wielonienasycone kwasy tłuszczowe Omega-3. Ich cennym źródłem są surowe warzywa (do 300 g dziennie), nasiona roślin strączkowych, świeże owoce, niskotłuszczowe produkty mleczne fermentowane, produkty zbożowe – głównie pełnoziarniste, tłuste ryby morskie (spożywaj je dwa razy w tygodniu);

Przy wysokich stężeniach glikemii zaleca się ograniczenie ilości spożywanych owoców do 200 – 300 g dziennie na rzecz większej ilości surowych warzyw; Unikaj cukru dodawanego, miodu, dżemów wysokosłodzonych, słodkich napojów (słodzonych szczególnie fruktozą).

WARTO WIEDZIEĆ!

Warzywa i owoce są cennym źródłem naturalnych antyoksydantów, czyli przeciwutleniaczy, które mają korzystny wpływ na układ sercowo – naczyniowy (m.in. chronią zły cholesterol LDL przed utlenianiem, dzięki czemu ma on mniejszą zdolność wywoływania miażdżycy). Natomiast alkohol, cukry proste (głównie fruktoza i sacharoza) powodują zwiększenie stężenia trójglicerydów we krwi.

Zaleca się stałą kontrolę masy ciała. Jeśli masz nadwagę lub otyłość, zastosuj dietę z kontrolowaną zawartością energii (tzw. ubogoenergetyczną) pod nadzorem wykwalifikowanego dietetyka i lekarza. Pamiętaj, że otyłość jest czynnikiem ryzyka cukrzycy typu 2 i chorób sercowo-naczyniowych.

ROLA ŻYWIENIA MEDYCZNEGO W CHOROBY NOWOTWOROWEJ

Jednym z podstawowych warunków prawidłowego funkcjonowania organizmu człowieka jest zbilansowana dieta dostarczająca wszystkich niezbędnych składników odżywczych, takich jak: białka, węglowodany, tłuszcze, witaminy, pierwiastki śladowe i elektrolity. Można je znaleźć w produktach pełnoziarnistych oraz mięsie, mleku i jego przetworach oraz w warzywach i owocach. W przypadku choroby nowotworowej część z tych produktów może być słabiej tolerowana przez pacjentów na pewnych etapach leczenia, a także może nie pokryć w pełni zapotrzebowania na składniki odżywcze. Pacjenci onkologiczni są szczególnie narażeni na niedożywienie. Bardzo istotne jest przyjrzenie się i weryfikacja sposobu odżywiania chorego, które ma ogromne, często niedoceniane znaczenie dla przebiegu procesu leczenia.

Osoby z chorobą nowotworową bardzo często tracą na wadze. Niestety, brak apetytu niejednokrotnie postrzegany jest jako naturalny element choroby, nie wymagający interwencji z zewnątrz. W rzeczywistości brak łaknienia to następstwo zmian zachodzących w organizmie dotkniętym chorobą. Wszystko to może prowadzić do zmniejszenia ilości przyjmowanych pokarmów i powstawania niedoborów żywieniowych. Taki stan to wyraźny sygnał, że należy szybko zareagować ponieważ spadek masy ciała może się wiązać niejednokrotnie z ryzykiem zmian w rytmie leczenia (przeprowadzenie operacji czy zastosowanie chemio- czy radioterapii), jak również może sprawiać, że pacjenci częściej narażeni są m.in. na infekcje i powikłania pooperacyjne.

PRZYCZYNY ZABURZEŃ STANU ODŻYWIANIA W CHOROBY ONKOLOGICZNEJ

Nieprawidłowy stan odżywienia występuje u 30-85% chorych onkologicznie. Niewątpliwie ma na to wpływ zarówno rodzaj i umiejscowienie nowotworu, przebieg choroby, czy stopień złośliwości, jak i sposób leczenia. Zmiany metaboliczne zachodzące w organizmie pacjenta z chorobą nowotworową prowadzą do upośledzenia przemiany białek, tłuszczów, węglowodanów i składników mineralnych. Dochodzi do zwiększonego zapotrzebowania na substancje odżywcze, zwłaszcza białka.

Dodatkowo samo leczenie (chemio- i radioterapia) może również prowadzić do zaburzeń stanu odżywiania. Ich przyczyn należy upatrywać w: obniżonym łaknieniu,

wymiotach, biegunkach, zmianach odczuwania smaku i zapachu, które mogą utrudniać przygotowywanie i spożywanie posiłków.

ZAPOTRZEBOWANIE NA SKŁADNIKI ODŻYWCZE

Wg rekomendacji podaż białka powinna wynosić 1-1,5 g/kg mc/dobę, natomiast u chorych z cechami wyniszczenia 2-3 g/kg mc/dobę^(*) przy podaży energii nawet do 35-45 kcal/kg mc/dobę. Dodatkowo organizmowi należy dostarczać wszystkich niezbędnych składników odżywczych (tj. aminokwasy, węglowodany, tłuszcze, elektrolity, pierwiastki śladowe, witaminy), które powinny być podawane w ilościach pokrywających zapotrzebowanie dobowe chorego.

* przy uwzględnieniu stopnia wydolności wątroby i nerek

ŻYWIENIE MEDYCZNE

W sytuacjach, gdy domowa dieta nie jest w stanie pokryć zapotrzebowania na składniki odżywcze, których potrzebuje pacjent z chorobą nowotworową, zaleca się włączenie żywienia medycznego.

Żywienie medyczne jest metodą wspierania leczenia właściwego, którą stosuje się w przypadkach, kiedy chory nie jest w stanie dostarczyć organizmowi składników odżywczych spożywając jedynie tradycyjne posiłki. Wspomaganie żywieniowe może ułatwiać leczenie pacjenta, poprawiać jego samopoczucie, wpływać na zmniejszenie działań niepożądanych i dodawać sił do walki z chorobą – wszystko to ma istotne znaczenie w procesie zdrowienia chorego.

Rekomendowaną i najwygodniejszą, a do tego najmniej inwazyjną formą żywienia medycznego, jest metoda żywienia doustnego. Z myślą o pacjentach chorych onkologicznie opracowany został Nutridrink Protein 125 ml. Jest to wysokokaloryczny i wysokobiałkowy preparat odżywczy przeznaczony do picia.

Chory może stosować go między posiłkami jako uzupełnienie klasycznych pokarmów. Żeby wzmocnić organizm i dostarczyć mu potrzebnych substancji, należy przyjmować 2 butelki Nutridrink Protein 125 ml dziennie przez minimum 14 dni. Preparat jest dostępny bez recepty, w aptekach tradycyjnych i internetowych, z dostawą do domu.

Zalety doustnych specjalistycznych preparatów odżywczych:

- produkty gotowe do spożycia

- skoncentrowane źródło kalorii i składników odżywczych w małej objętości
- brak składników potencjalnie szkodliwych: laktoza, gluten, cholesterol, puryny
- możliwość dostosowania preparatu do wymagań żywieniowych
- preparaty wolne od kontaminacji bakteryjnej (pakowane w atmosferze jałowej)

Źródła:

1. Kłęk S. i wsp. NOWOTWORY Journal of Oncology 2015, volume 65, number 4, 320–337
2. Kłęk S., Jarosz J., Jassem J., Kapata A., Krawczyk J., Krzakowski M., Misiak M., Szczepanek K., Polskie Rekomendacje Żywienia Dojelitowego i Pozajelitowego w Onkologii – część II: żywienie drogą przewodu pokarmowego (żywienie dojelitowe), Onkologia w praktyce klinicznej; 2013
3. Baldwin C., Parsons T., Logan S. Dietary advice for illness-related malnutrition in adults. Cochrane Database of Syst. Rev.; 2001
4. Milne A.C., Pooter J., Vivanti A., Avanel A. Protein and energy supplementation in elderly people at risk from malnutrition. Cochrane Database Syst. Rev.; 2009
5. Podstawy leczenia klinicznego. Sobotka L. (red.). PZWL, Warszawa; 2007
6. Chechlińska M., Rola cytokin w procesach nowotworzenia, NOWOTWORY Journal of Oncology nr 6, 2003
7. Podstawy żywienia klinicznego, Sobotka L. (red.) Scientifica, Kraków; 2013

WARTO WIEDZIEĆ!

1. Dieta powinna być lekkostrawna i bazować na składnikach gotowanych w wodzie i na parze; unikaj ostrych przypraw, potraw smażonych i pieczonych, alkoholu i słodczy; ogranicz spożycie świeżych warzyw i owoców, zwłaszcza, jeśli pojawią się nudności, czy biegunki.

2. Staraj się dużo pić (codziennie minimum 6 szklanek różnych napojów, raczej niegazowanych i nie gorących).

3. Dbaj o kondycję – spaceruj! Nie ograniczaj aktywności, chyba, że Twoje samopoczucie nie pozwala Ci na większy wysiłek.

4. Unikaj kontaktu z osobami chorymi na infekcje dróg oddechowych (grypa, przeziębienie) – podczas chemioterapii możesz mieć osłabioną odporność.

5. Płucz jamę ustną ogólnodostępnymi środkami do jej dezynfekcji.

6. Unikaj ekspozycji na działanie słońca.

7. Do pielęgnacji skóry używaj łagodnych środków myjących (pH 5,5), kremów i balsamów nawilżających oraz kosmetyków do skóry atopowej; w czasie mrozów stosuj ochronne kremy na odkryte części ciała; unikaj długich kąpiei.

8. Nie używaj silnych środków piorących.

9. Noś luźną, przewiewną odzież z tkanin naturalnych, niedrażniących skóry oraz wygodne nieuciskające obuwie.

PROPOZYCJE JADŁOSPISÓW

PROPOZYCJA 1

ŚNIADANIE I KASZA MANNA Z BORÓWKAMI I MALINAMI:

- Maliny (świeże) – 100 g (1.67 x garść)
- Kasza manna – 60 g (5 x łyżka)
- Borówki amerykańskie – 100 g (2 x garść)
- Woda – 200 g (0.8 x szklanka)
- Migdały – 40 g

Kaszę ugotuj na wodzie, dodaj owoce i migdały. Duś jeszcze przez minutę. Jedz na ciepło.

ŚNIADANIE II

Kanapki z pieczonym indykiem:

- Pomidor malinowy – 120 g
- Szpinak (świeży) – 20 g
- Bułka Grahamka – 50 g
- Szynka z indyka (wyrób własny) – 60 g (4 x plasterek)
- Margaryna Flora – 5 g (0.25 x łyżka)

Indyka pieczonego pokrój. Pieczywo posmaruj margaryną, połóż sałatę, indyka, pokrojoną paprykę.

Jogurt jabłkowo-cynamonowy:

- Jabłko – 100 g (0.67 x sztuka)
- Jogurt naturalny – 80 g (4 x łyżka)
- Cynamon – 5 g (1 x łyżeczka)
- Migdały w płatkach – 10 g (1 x łyżka)

Jabłko pokrój w kostkę, podpraż na patelni podlewając wodą. Dopraw cynamonem. Jogurt wymieszaj z wanilią. Układaj w szklance na przemian jogurt i gorące jabłka. Wierzch udekoruj płatkami migdałowymi.

OBIAD

Zupa krem z dyni i marchwi (2 porcje):

- Pestki dyni – 15 g (1.5 x łyżka)
- Jogurt naturalny – 60 g (3 x łyżka)
- Olej rzepakowy – 20 g (2 x łyżka)
- Marchew – 100 g
- Dynia – 250 g (1.25 x porcja)
- Bataty – 100 g (0.5 x sztuka)
- Pietruszka (korzeń) – 100 g (2 x sztuka)

Warzywa pokrój w kostkę i podduś na oleju. Dodaj około 250 ml wody oraz przyprawy: liście laurowe, ziele angielskie, łyżeczkę kurkumy, łyżeczkę słodkiej papryki w proszku, pieprz i sól do smaku. Gotuj, aż warzywa będą miękkie. Zupę zmiksuj na gładki krem. Podawaj z łyżką jogurtu naturalnego i posiekaną natką pietruszki.

Dorsz z gotowanymi jarzynami (2 porcje)

- Burak gotowany – 100 g (0.83 x sztuka)
- Cukinia – 100 g (0.33 x sztuka)
- Marchew – 100 g
- Ziemniaki gotowane – 300 g (3.16 x gałka) + 1 łyżeczka posiekanej natki pietruszki do posypania;
- Bakłażan (oberżyna) – 100 g (0.5 x sztuka)
- Dorsz (filety bez skóry) – 250 g (2.5 x porcja)

Rybę zamarynuj w soku z cytryny, ziołach i koperku, następnie upiecz. Kaszę ugotuj na miękko. Buraki skrop sokiem z cytryny, dopraw ziołami i upiecz.

PODWIECZOREK

Ryż z pieczonym jabłkiem:

- Cynamon – 5 g (1 x łyżeczka)
- Ryż biały lub brązowy – 50 g (3.33 x łyżka)
- Jabłko – 200 g (1.33 x sztuka)

Ryż ugotuj zgodnie z instrukcją na opakowaniu. Obrane jabłko piecz w piearniku w 180°C przez 15-20 minut. Jabłko rozgnieć razem z cynamonem i dodaj ryż.

KOLACJA

Zapiekanka makaronowa z fasolką szparagową:

- Szpinak (świeży) – 80 g (3.2 x garść)
- Cukinia – 100 g (0.33 x sztuka)
- Papryka czerwona (świeża) – 50 g (0.36 x sztuka)
- Makaron penne pełnoziarnisty – 100 g (1.43 x szklanka)
- Pomidory z puszki/kartonu/słoika (krojone) – 200 g (2 x porcja)

Pokrój paprykę w kostkę, duś na patelni z pomidorami z puszki, dodaj cukinię i szpinak. Wymieszaj sos z makaronem ugotowanym al dente. Zapiekaj w temperaturze 180 stopni przez około 15 minut.

PROPOZYCJA 2

ŚNIADANIE I

Jajko na miękko z pomidorami:

- Jaja kurze (całe) – 112 g (2 x sztuka)
- Pomidor (bez skórki) – 220 g (2 x sztuka) Pokrzywa – 4 g (0.27 x garść)
- Olej lniany tłoczony na zimno – 15 g (1.5 x łyżka)

Bułka grahamka – 65 g (1 x sztuka)

Herbata ziołowa (napar) – 250 g (1 x szklanka)

Jajka ugotuj w delikatnie osolonej wodzie – ok. 3 minuty. Umyte, sparzone, obrane pomidory pokrój w kostkę, duś na patelni (bez dodatku tłuszczu). Pieczywo skrop olejem lnianym. Podawaj z naparem z pokrzywy (może być suszona) – liście zalej wrzątkiem, parz kilka minut pod przykryciem.

ŚNIADANIE II

Koktail gruszkowo-bananowy:

- Gruszka – 13 g (0.1 x sztuka)
- Banan – 120 g (1 x sztuka)
- Jogurt naturalny – 100 g (5 x łyżka) Cynamon – 1 g (0.2 x łyżeczka)
- Siemię lniane – 5 g (1 x łyżeczka)
- Woda – 250 g (1 x szklanka)

Gruszkę obierz. Wszystkie składniki zblenduj.

OBIAD

Indyk z warzywami:

- Kasza jaglana – 100 g (7.69 x łyżka)
- Filet z piersi indyka (bez skóry) – 120 g (1.2 x porcja)
- Suszone pomidory (w oleju z ziołami, odsączone) – 20 g (1.33 x sztuka)
- Chrzan tarty – 40 g (8 x łyżeczka)
- Burak – 250 g (2.5 x sztuka)
- Woda – 250 g (1 x szklanka)

Filet upiecz z suszonymi pomidorami. Buraki upiecz jednocześnie z filetem, następnie zetrzeć i wymieszać z łyżką soku z cytryny i 3 łyżkami tartego chrzanu. Kaszę ugotować zgodnie z instrukcją na opakowaniu.

Zupa krem z białych warzyw:

- Mielona gałka muszkatołowa – 1 g (1 x szczypta)
- Sok z cytryny – 6 g (1 x łyżka)
- Ziemniaki – 100 g (1.43 x sztuka)
- Liść laurowy – 1 g (1 x listek)
- Ziele angielskie – 3 g (3 x sztuka)
- Pietruszka (korzeń) – 200 g (4 x sztuka)
- Seler (korzeń) – 300 g (5 x plaster)

Warzywa obierz, umyj i pokrój. Wrzuć do gotującej się wody, dodaj przyprawę. Gotuj na średnim ogniu do miękkości. Wyjmij z zupy ziele angielskie, liście laurowe, a następnie zmiksuj ją blenderem. Przelej do czystego garnka i dopraw solą, pieprzem i ewentualnie sokiem z cytryny.

PODWIECZOREK

Waniliowy budyń jaglany z jabłkiem (2 porcje):

- Kasza jaglana – 91 g (7 x łyżka)
- Ekstrakt waniliowy (BIO/EKO) – 1.5 g (0.5 x łyżeczka)
- Sok z cytryny – 18 g (3 x łyżka)
- Jabłko – 100 g (0.67 x sztuka)
- Cynamon – 5 g (1 x łyżeczka)
- Mleko spożywcze (1.5 % tł.) – 200 g (0.8 x szklanka)

Kaszę wsyp do sitka, przelej wrzątkiem a następnie przepłucz jeszcze pod bieżącą wodą. Jabłko podduś w garnku. Przesyp kaszę do garnka i zalej szklanką mleka. Gotuj do miękkości przez około 10 minut, aż wchłonie cały płyn. Ugotowaną kaszę przełóż do malaksera, dodaj połówkę startego jabłka, wanilię i sok wyciśnięty z cytryny. Dokładnie

zmiksuj, aż masa będzie gładka, dodając resztę mleka, aż do uzyskania odpowiedniej konsystencji. Wyłóż do miseczek, udekoruj pozostałym jabłkiem i cynamonem.

KOLACJA

Pierogi ruskie wraz z sałatką z jabłkiem, awokado i sezamem:

- Pierogi ruskie – 4 sztuki
- Jabłko – 30 g (0.2 x sztuka)
- Awokado – 10 g (0.07 x sztuka)
- Szpinak (świeży) – 20 g (0.8 x garść)
- Sok z cytryny – 3 g (0.5 x łyżka) sezam – 10 g (1 x łyżka)

Pokrój awokado i jabłko w kostkę. Skrop sokiem, posyp uprażonym sezamem. Wymieszaj ze szpinakiem. Całość polej olejem lnianym.

POLECANE STRONY INTERNETOWE

- patients.uroweb.org/pl/jestem-pacjentem-urologicznym/rak-gruczolu-krokowego
- nccn.org/patients/guidelines/prostate/files/assets/basic-html/page-1.html#
- cancer.org/cancer/prostate-cancer.html
- prostatecanceruk.org/prostate-information/about-prostate-cancer
- urologyhealth.org/educational-materials/prostate-cancer-patient-guide
- urologyhealth.org/educational-materials/is-prostate-cancer-screening-right-for-me
- urologyhealth.org/educational-materials/surgery-for-prostate-cancer
- ebiz.auanet.org/Default.aspx?TabID=251&productId=9429992

ORGANIZACJE PACJENCKIE, NA KTÓRYCH STRONACH MOŻNA ZNALEŹĆ INFORMACJE O CHOROBI

- gladiator-prostata.pl
- rak-prostaty.pl
- onkocafe.pl
- prostatahistoria.pl
- prostate.org.au
- europa-uomo.org

STRONY TOWARZYSTW NAUKOWYCH

- pturol.org.pl/informacje-dla-pacjentow - Polskie Towarzystwo Urologiczne
- uroweb.org/guideline/prostate-cancer - wytyczne Europejskiego Towarzystwa Urologicznego
- esmo.org/Guidelines/Genitourinary-Cancers/Cancer-of-the-Prostate - European Society for Medical Oncology

O FUNDACJI ONKOCAFE - RAZEM LEPIEJ

Fundatorką i pomysłodawczynią utworzenia Fundacji „OnkoCafe – Razem Lepiej” jest Anna Kupiecka, która w 2010 roku zachorowała na nowotwór piersi, a w 2012 roku na portalu społecznościowym Facebook założyła grupę wzajemnego wsparcia pod nazwą Fakraczki. Na niej osoby dotknięte chorobą nowotworową dzielą się swoimi doświadczeniami zdobytymi w procesie leczenia.

Od 2014 roku Fundacja organizuje spotkania oraz warsztaty edukacyjne i terapii zajęciowej dla pacjentów w trakcie i po zakończonym leczeniu. Udziela wsparcia psychologicznego pacjentom i ich bliskim. Organizuje kampanie społeczne z zakresu przeciwdziałania nowotworom, zdrowego stylu życia oraz wsparcia pacjentów onkologicznych mające na celu zmianę postrzegania choroby nowotworowej w społeczeństwie. Prowadzi szkolenia dla personelu medycznego z zakresu praw pacjenta i psychoonkologii oraz wykłady dla pracowników firm z zakresu zdrowego stylu życia i przeciwdziałania nowotworom. Szeregi fundacji zrzeszają wolontariuszy i specjalistów, którzy aktywnie działając, z oddaniem reagują na potrzeby pacjentów.

organizacja
pożytku
publicznego
KRS 0000504682



Każde z działań fundacji możemy prowadzić dzięki wsparciu Darczyńców. Przekaż nam 1,5% podatku lub wpłać darowiznę. Pomóż nam pomagać.

MIEJSCE NA NOTATKI:

Patronat honorowy:



Rzecznik Praw Pacjenta

Patroni poradnika:



Projekt wspierają:



Autorzy poradnika:

dr hab. n. med. Jakub Żołnerek

mgr Adrianna Sobol

dr n. o zdr. Marta Dąbrowska-Bender

Opieka merytoryczna:

dr hab. n. med. Jakub Żołnerek

dr n. med. Tomasz Sarosiek

lek. Artur Drobniak

Skład i ilustracje:

Łukasz Oborzelski

Koordynator projektu:

Anna Kupiecka

Wydanie III uzupełnione 2022 r.



Fundacja OnkoCafe – Razem Lepiej
ul. Madalińskiego 50/52 lok. U30, 02-581 Warszawa
tel. 537 888 789
sekretariat@onkocafe.pl

numer KRS 0000504682 | NIP 5213669451 | regon 147181772

Numer konta Fundacji
PKO BP 59 1020 1068 0000 1002 0253 2166

onkocafe.pl | badajbiust.pl | breastfit.onkocafe.pl

prostatahistoria.pl | onkopomocnik.pl



organizacja
pożytku
publicznego
zsk osn204622



Każde z działań fundacji możemy prowadzić dzięki wsparciu Darczyńców. Wpłać darowiznę. Pomóż nam pomagać.