



RAK SZYJKI MACICY

nastawienie na leczenie

**Poradnik dla kobiet
z zaawansowanym rakiem
szyjki macicy**

Spis treści

Wstęp	5
Anna Kupiecka, prezes Fundacji OnkoCafe - Razem Lepiej	
Rak szyjki macicy: przyczyny, objawy, diagnoza i rodzaje – wszystko, co musisz wiedzieć	6
Konsultacja merytoryczna: dr n. med. Beata Paulina Maćkowiak-Matejczyk	
Leczenie operacyjne raka szyjki macicy	16
Konsultacja merytoryczna: dr n. med. Magdalena Bizoń	
Znaczenie wsparcia psychologicznego w leczeniu raka szyjki macicy	21
Konsultacja merytoryczna: mgr Agnieszka Blanka Snarska	
Własny coachingowy notatnik. Powrót do zdrowia seksualnego	36
Bliskość i zdrowie seksualne w trakcie leczenia raka szyjki macicy	40
Konsultacja merytoryczna: dr n. med. Monika Łukasiewicz	
Fizjoterapia i opieka pooperacyjna	50
Konsultacja merytoryczna: mgr Katarzyna Grodzicka	

Poradnik stanowi wyłącznie materiał informacyjny skierowany do pacjenta i nie zastępuje konsultacji z lekarzem.

Drogie Pacjentki,

Diagnoza raka szyjki macicy to moment, który może budzić wiele emocji – lęk, niepewność, a czasem poczucie bezradności. Pamiętajcie jednak, że nie jesteście same. Ten poradnik powstał właśnie z myślą o Was – aby towarzyszyć Wam w drodze przez leczenie, wspierać w codziennych trudnościach i dostarczyć rzetelnych informacji na temat zaawansowanego raka szyjki macicy, w tym o dostępnych metodach diagnostycznych i opcjach leczenia.

Rak szyjki macicy to jeden z najczęściej występujących, na całym świecie, nowotworów u kobiet. Choć wczesne wykrycie choroby i stosowanie odpowiednich metod leczenia mogą znacząco poprawić rokowania, to nie każda diagnoza jest stawiana na wczesnym etapie choroby. Często pacjentki dowiadują się o raku szyjki macicy już na jego zaawansowanym etapie, kiedy komórki nowotworowe rozprzestrzeniły się poza pierwotne miejsce w szyjce macicy, co utrudnia leczenie i zmienia podejście do terapii.

Celem poradnika jest wyjaśnienie, jak w tak trudnym okresie, pełnym obaw i pytań, znaleźć wsparcie, zarówno w zakresie medycznym, jak i emocjonalnym. Zrozumienie choroby, jej rozwoju i możliwości terapeutycznych jest kluczowe, aby podejmować świadome decyzje, zachować nadzieję i zminimalizować lęk związany z nieznanym. Zaawansowany rak szyjki macicy to wyzwanie nie tylko dla pacjentek, ale także dla lekarzy, którzy muszą indywidualnie dostosować plan leczenia do potrzeb każdej kobiety i wspólnie z pacjentką ustalić optymalny plan leczenia.

Chcemy, aby każda pacjentka, która zetknęła się z rakiem szyjki macicy, czuła się lepiej poinformowana i mogła podejmować decyzje, które będą odpowiadały jej indywidualnym potrzebom. Wspólnie z zespołami specjalistów oraz bliskimi można stawić czoła tej chorobie i zminimalizować jej wpływ na życie.

Zachęcamy Was do zapoznania się z naszym poradnikiem. Znajdziecie tu odpowiedzi na najczęstsze pytania, praktyczne wskazówki oraz słowa otuchy. Wierzymy, że będzie on dla Was pomocnym źródłem wiedzy i wsparcia w tym szczególnym czasie.

Anna Kupiecka
Prezes Fundacji OnkoCafe - Razem Lepiej





Konsultacja merytoryczna:

dr n. med. Beata Paulina Maćkowiak-Matejczyk, specjalista ginekologii onkologicznej, specjalista położnictwa i ginekologii, Koordynator Oddziału Onkologii Ginekologicznej Białostockiego Centrum Onkologii

Rak szyjki macicy: przyczyny, objawy, diagnoza i rodzaje – wszystko, co musisz wiedzieć

Rak szyjki macicy jest jednym z najczęściej występujących nowotworów u kobiet na świecie, zwłaszcza w krajach rozwijających się, jest trzecim najczęstszym nowotworem narządu płciowego kobiet w Polsce.

Według najnowszych danych z Krajowego Rejestru Nowotworów w 2022 roku w Polsce zarejestrowano około 2267 nowych przypadków zachorowań na raka szyjki macicy, z czego znaczna część kobiet zdiagnozowana została w zaawansowanym stadium choroby.

Przyczyny zachorowania na raka szyjki macicy

Warto zaznaczyć, że prawie każdy przypadek raka szyjki macicy wiąże się z zakażeniem wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV). Samo zakażenie nie wystarcza do rozwoju nowotworu. Aby doszło do zachorowania, zakażenie musi mieć charakter przewlekły i długotrwały. Zatem nie każda kobieta, u której stwierdzono zakażenie HPV, zachoruje na raka szyjki macicy. Przebieg zakażenia zależy od wielu czynników, w tym od stanu zdrowia i kondycji układu immunologicznego. W większości przypadków to właśnie nasz system odpornościowy skutecznie zwalcza zakażenie HPV, uniemożliwiając rozwój nowotworu. Jednak w niektórych sytuacjach, gdy infekcja staje się przewlekła, może dojść do uszkodzenia komórek szyjki macicy, co w konsekwencji prowadzi do powstania zmian nowotworowych.

Czynniki ryzyka zachorowania na raka szyjki macicy:

- ▶ Zły status socjo-ekonomiczny. Kobiety z niższym statusem społeczno-ekonomicznym rzadziej zgłaszają się na badania profilaktyczne. Ponadto, nie zawsze leczą współistniejące zakażenia przenoszone drogą płciową, które

również mogą zwiększać ryzyko zachorowania na raka szyjki macicy.

- ▶ Zakażenia przenoszone drogą płciową – do takich zakażeń należy między innymi HIV, które może osłabiać układ immunologiczny i sprzyjać rozwojowi nowotworów. Inne zakażenia mogą promować uszkodzenie komórek przez wirusa HPV, np. w przypadku AIDS występuje znacząco wyższe ryzyko rozwoju nowotworów.
- ▶ Niehigieniczny tryb życia. Nawyki, takie jak palenie papierosów czy nadmierne spożywanie alkoholu zwiększają ryzyko zachorowania na raka szyjki macicy. Palenie tytoniu osłabia układ odpornościowy i sprawia, że organizm ma mniejszą zdolność do zwalczania zakażeń, w tym HPV.
- ▶ Wiek i ciążę to również jeden z czynników sprzyjających zachorowaniu. Wczesne rozpoczęcie aktywności seksualnej, częste zmiany partnerów bądź sytuacja, w której to partner miał w przeszłości wiele partnerek, zwiększa prawdopodobieństwo zakażenia wirusem HPV. Uważa się, że osoba która w ciągu swojego życia miała 5 partnerów ma 100% szans na zakażenie wirusem HPV.
- ▶ Liczba ciąż - ciążę mogą się wiązać z urazami szyjki macicy - to również czynnik sprzyjający, co prawda w coraz mniejszym stopniu (borykamy się obecnie z malejącą liczbą urodzeń), ale to jeden z klasycznych czynników ryzyka.

Rodzaje raka szyjki macicy

Istnieją dwa główne rodzaje raka szyjki macicy, które różnią się zarówno pod względem budowy, jak i sposobem rozwoju:

- ▶ Rak płaskonabłonkowy to najczęściej występujący typ raka szyjki macicy, stanowiący około 80-90% wszystkich przypadków. Ten rodzaj choroby jest ściśle związany z przewlekłym zakażeniem wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV), szczególnie typami 16 i 18, które są uznawane za wysokiego ryzyka w kontekście rozwoju raka.
- ▶ Rak gruczolowy stanowi około 10-20% przypadków raka szyjki macicy. Rozwija się najczęściej w kanale szyjki macicy. Rak gruczolowy również jest często związany z zakażeniem wirusem HPV, zwłaszcza typami 18 i 45.



Oprócz podziału na typy histologiczne, rak szyjki macicy dzieli się również na stadia zaawansowania, które mają istotne znaczenie w leczeniu i prognozowaniu. Wyróżnia się:

- ▶ Rak in situ (CIN 3) – Zmiany w komórkach szyjki macicy, które jeszcze nie przeniknęły głębiej, ale mają potencjał do rozwoju w pełnoobjawowego raka.
- ▶ Stadium I – Rak ograniczony do szyjki macicy.
- ▶ Stadium II – Rak rozprzestrzenił się na pobliskie struktury, ale nie przekroczył miednicy.
- ▶ Stadium III – Rak rozprzestrzenił się na dolną część pochwy, ścianę miednicy lub okoliczne węzły chłonne.
- ▶ Stadium IV – Rak przerzutowy do innych organów, takich jak wątroba, płuca czy pęcherz moczowy.

Różnice wynikające z umiejscowienia oraz złośliwości nowotworu szyjki macicy mają znaczenie w diagnostyce, leczeniu i rokowaniu.

Diagnostyka

Diagnostyka raka szyjki macicy skupia się na dokładnym określeniu rodzaju nowotworu oraz oceny stopnia zaawansowania nowotworu, jego rozprzestrzenienia

na sąsiednie narządy oraz ewentualnych przerzutów do odległych tkanek. Jest to kluczowe, ponieważ wyniki tych badań wpływają na dalsze decyzje terapeutyczne, w tym wybór odpowiedniej metody leczenia.

Podstawowym badaniem jest oczywiście badanie lekarskie, podczas którego lekarz ocenia wielkość guza oraz obecność choroby poza szyjką macicy.

Kolejnym etapem są badania obrazowe, które pozwalają ocenić, jak daleko nowotwór się rozprzestrzenił.

1. USG transwaginalne (przezpochwowe) pozwala ocenić wielkość guza, stan macicy i jajników.
2. Tomografia komputerowa pozwala ocenić pozostałe narządy w obrębie jamy brzusznej np. wątrobę czy węzły chłonne i klatki piersiowej.
3. Rezonans magnetyczny jest bardzo precyzyjnym badaniem – pozwala na dokładną ocenę głębokości naciekania szyjki macicy, a także zaawansowania nowotworu w obrębie miednicy oraz innych sąsiadujących narządów (np. pęcherza moczowego, odbytnicy).
4. Tomografia PET też czasem jest wykorzystywana w celu dokładniejszej diagnostyki oraz w celu zaplanowania leczenia np. radioterapii.
5. Biopsja i histopatologia służą do potwierdzenia diagnozy raka szyjki macicy oraz ustalenia rodzaju histologicznego nowotworu. W przypadku zaawansowanego raka, biopsja może być pobierana z podejrzanych węzłów chłonnych lub innych struktur, które mogą być objęte procesem nowotworowym. Badanie histopatologiczne pozwala na określenie typu raka (np. rak płaskonabłonkowy, rak gruczołowy) oraz ocenę stopnia złośliwości guza, co jest istotne przy planowaniu leczenia.

Stopnie zaawansowania raka szyjki macicy

Rak szyjki macicy klasyfikowany jest według systemu TNM (Tumor, Node, Metastasis). Jest to skrót dla słów guz, węzeł, przerzut opracowany przez American Joint Committee on Cancer (AJCC), który opisuje stopień zaawansowania nowotworu na podstawie trzech głównych kryteriów:

T – opisuje rozmiar guza pierwotnego oraz jego rozprzestrzenienie w obrębie szyjki macicy i sąsiednich tkanek.

N – określa obecność przerzutów do węzłów chłonnych w obrębie miednicy lub innych okolicznych tkanek.

M – informuje o obecności przerzutów odległych do innych narządów.

Drugi system klasyfikacji – stosowany jednocześnie to klasyfikacja wg FIGO (fr. Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique, Międzynarodowa Federacja Ginekologów i Położników). Na podstawie tego systemu, wyróżnia się cztery stopnie zaawansowania raka szyjki macicy, które są określane jako I, II, III i IV. Każdy z tych stopni jest dodatkowo podzielony na podstopnie (np. I, IIa, IIb itd.), które pomagają dokładniej określić rozprzestrzenienie choroby.

Stopień FIGO I: Nowotwór ogranicza się do szyjki macicy

- ▶ T1a (FIGO IA): Mikroskopowe naciekanie w szyjce macicy.
 - ▶ T1a1 (FIGO IA1): Naciekanie na głębokość ≤ 3 mm.
 - ▶ T1a2 (FIGO IA2): Naciekanie na głębokość > 3 mm, ≤ 5 mm.
- ▶ T1b (FIGO IB) : Widoczny guz w szyjce macicy o głębokości naciekania > 5 mm.
 - ▶ T1b1 (FIGO IB1): Guz o średnicy ≤ 2 cm.
 - ▶ T1b2 (FIGO IB2): Guz > 2 cm i mniejszy niż 4 cm.
 - ▶ T1b3 (FIGO IB3) : Guz powyżej 4 cm.

Stopień FIGO II: Nowotwór przekracza szyjkę macicy, ale nie dochodzi do ściany miednicy ani do 1/3 dolnej części pochwy

- ▶ T2a (FIGO IIA): Guz rozprzestrzenia się tylko na górną część pochwy.
- ▶ T2b (FIGO IIB): Guz rozprzestrzenia się na tkanki wokół szyjki macicy - przymacicza, ale nie dochodzi do ściany miednicy.

Stopień FIGO III: Nowotwór rozprzestrzenia się na dolną 1/3 część pochwy i/lub poza szyjkę macicy dochodząc do tzw. ściany miednicy

- ▶ T3a (FIGO IIIA): Guz rozprzestrzenia się na dolną 1/3 część pochwy.
- ▶ T3b (FIGO IIIB): Guz rozprzestrzenia do ściany miednicy, może powodować niedrożność moczowodów.

Stopień FIGO IV: Nowotwór rozprzestrzenia się na inne narządy, w tym odległe przerzuty

- ▶ T4a (FIGO IVA): Guz rozprzestrzenia się na pęcherz moczowy lub odbytnicę.
- ▶ T4b (FIGO IVB): Guz daje przerzuty do innych narządów np. płuc, wątroby.

Nowotwór miejscowo zaawansowany a rozsiany

Pomimo dostępności programów profilaktycznych (cytologia), wiele kobiet nie zgłasza się na regularne badania. W Polsce wciąż występuje niski wskaźnik uczestnictwa w programach przesiewowych, co powoduje, że rak szyjki macicy nie jest wykrywany we wczesnych stadiach. Kobiety nie zgłaszają się na badania profilaktyczne, dopiero dolegliwości (nieregularne krwawienia, ból w dolnej części brzucha czy zmiany w cyklu miesięczkowym) skłaniają je ku tej wizycie. Może to wynikać z obawy przed diagnozą lub przekonania, że objawy są normalne lub wynikają z innych, mniej poważnych problemów zdrowotnych.

Z tego powodu wiele kobiet nie jest diagnozowanych, dopóki rak nie rozwinie się do stadium zaawansowanego lub rozsianego.

*Rak szyjki macicy
rozwija się przez
10–15 lat.*

*To wystarczająco
dużo czasu, żeby
go wykryć,
jeśli tylko dasz
sobie tę szansę.
Zrób cytologię.*

W przypadku nowotworu miejscowo zaawansowanego, rak ogranicza się do pierwotnego miejsca, z którego się wywodzi, czyli szyjki macicy, ale jest to dość duża zmiana bądź nacieka pobliskie struktury, takie jak sąsiednie tkanki czy narządy. W przypadku raka szyjki macicy miejscowe zaawansowanie może oznaczać, że guz wykracza poza szyjkę macicy, ale nie przekracza jeszcze granic miednicy. Nowotwór jest zaawansowany lokalnie, ale nie doszło do przerzutów do innych narządów tzw. odległych.

O rozsianym raku szyjki macicy mówimy wtedy, gdy rak wykracza poza pierwotne miejsce, czyli szyjkę macicy i miednicę, i robi przerzuty do innych narządów. Przerzuty mogą występować w różnych miejscach, takich jak: płuca, wątroba czy kości.

Większość raków szyjki macicy rozwija się latami. Proces ten trwa zazwyczaj od 10 do 15 lat, ważne są więc kontrolne wizyty u ginekologa i regularne wykonywanie cytologii.

Mamy szansę, żeby ten nowotwór wykryć i trzeba dać sobie tę szansę, czyli pójść na badanie kontrolne.

Metody leczenia

Zaawansowanie raka szyjki macicy w dużym stopniu wpływa na wybór metody leczenia i rokowanie. Wczesne wykrycie nowotworu i jego ograniczenie do szyjki macicy (stopień I) daje większe szanse na skuteczne leczenie i długoterminowe przeżycie. W miarę jak nowotwór rozprzestrzenia się (stopnie II-IV), leczenie staje się bardziej skomplikowane i może obejmować poza chirurgią, radioterapię, chemioterapię czy immunoterapię, a w niektórych przypadkach tylko leczenie paliatywne.

Dla kogo, które metody leczenia będą najlepsze?

W Polsce chore na raka szyjki macicy mają stosunkowo dobre warunki leczenia. Oprócz stanu zaawansowania choroby, rodzaj leczenia zależy od stanu ogólnego pacjentki, w jakiej jest kondycji, czy ma jakieś choroby współtowarzyszące, jak cukrzyca, nadciśnienie, choroby nerek. To wszystko ma znaczenie, bo leczenie zawsze jest obciążające dla organizmu, więc trzeba prawidłowo pacjentkę zakwalifikować.

W Polsce najczęstszą metodą leczenia raka szyjki jest **chemioradioterapia**. Niestety wynika to z późnego wykrywania nowotworu.

W niskich i bardzo niskich stopniach zaawansowania (nowotwory przedinwazyjne i z małą inwazją, czyli małym guzem <4 cm) w większości przypadków leczymy operacyjnie, często z oszczędzeniem macicy, co jest ważne, jeśli kobieta myśli o posiadaniu dzieci. W wyższych stopniach już rozważamy usuwanie całej macicy i węzłów chłonnych.

W przypadku, gdy pacjentka nie kwalifikuje się do leczenia operacyjnego (najczęściej w stadiach bardziej zaawansowanych niż FIGO I) - pacjentka jest poddawana



radiochemioterapii, czyli leczeniu promieniowaniem jonizującym, które niszczy komórki nowotworowe. Podczas tej procedury pacjentce podawana jest także chemioterapia.

Trzeci rodzaj leczenia to leczenie systemowe – chemioterapia, leczenie antyangiogenne i **immunoterapia**. Immunoterapia to coraz bardziej popularna opcja leczenia w onkologii. Leczenie to polega na wykorzystaniu układu odpornościowego pacjenta do walki z komórkami nowotworowymi. Immunoterapia stosowana jest szczególnie w zaawansowanych stadiach raka szyjki macicy, zwłaszcza u pacjentek z przerzutami lub gdy nie poskutkowały inne formy leczenia.

W przypadku zaawansowanego raka szyjki macicy, leczenie często łączymy. Należy wspomnieć również o tzw. **leczeniu paliatywnym**. Może ono obejmować chemioterapię, radioterapię lub leki przeciwbólowe w celu kontrolowania bólu i innych objawów związanych z chorobą, takich jak krwawienie czy trudności w oddawaniu moczu.

Leczenie systemowe zaawansowanego raka szyjki macicy obejmuje szeroki wachlarz metod terapeutycznych, takich jak chemioterapia, terapia skojarzona

(chemioterapia i radioterapia), leczenie antyangiogenne i immunoterapia. Wybór odpowiedniego podejścia zależy od stadium choroby, obecności innych schorzeń oraz stanu ogólnego pacjentki. Terapie te mają na celu poprawę przeżycia pacjentek, zmniejszenie objawów choroby oraz poprawę jakości życia.

Immunoterapia

Leczenie immunologiczne, znane również jako immunoterapia, różni się od tradycyjnych metod leczenia raka szyjki macicy, takich jak chemioterapia czy radioterapia, pod względem mechanizmu działania oraz sposobu oddziaływania na komórki nowotworowe. Celem immunoterapii jest wzmacnianie odpowiedzi układu odpornościowego, aby mógł on rozpoznać i zwalczyć komórki nowotworowe. Leki stosowane w immunoterapii raka szyjki macicy działają poprzez modyfikację odpowiedzi immunologicznej, stymulując układ odpornościowy do atakowania komórek rakowych. Immunoterapia polega na blokowaniu tzw. „punktów kontrolnych” (połączenia receptorów PD-1 z jego ligandem PD-L1), które hamują aktywność układu odpornościowego w walce z komórkami nowotworowymi.

Przed rozpoczęciem immunoterapii w I linii leczenia systemowego, każda pacjentka musi mieć wykonane badanie ekspresji PD-L1. Białko PD-1 znajdujące się na powierzchni limfocytów T i jest białkiem, które odgrywa kluczową rolę w mechanizmach obronnych organizmu, szczególnie w interakcjach między komórkami rakowymi a układem odpornościowym. Kiedy komórki rakowe mają wysokie stężenie ligandu tego receptora mogą „oszukiwać” układ odpornościowy, przez co hamują jego zdolność do rozpoznania i zniszczenia komórek rakowych. Immunoterapia, zwłaszcza inhibitory PD-1/PD-L1, działa poprzez blokowanie tego mechanizmu i umożliwienie aktywności limfocytów T w walce z chorobą nowotworową.

W Polsce mamy 2 leki immunologiczne dostępne dla chorych z przetrwałym lub przerzutowym rakiem szyjki macicy.

Obecnie immunoterapia w raku szyjki macicy jest w Polsce refundowana w grupie pacjentek w 1. linii leczenia, w skojarzeniu z chemioterapią i/lub leczeniem

antyangiogennym (spowalniające wzrost guza i ograniczające przerzuty poprzez zahamowanie tworzenia nowych naczyń krwionośnych, które odżywiają guz) oraz w 2. i 3. linii leczenia, jeśli pacjentka wcześniej otrzymała chemioterapię lub w połączeniu z lekiem antyangiogennym i nie otrzymała immunoterapii.

Na świecie immunoterapia jest dostępna również dla pacjentek poddawanych radiochemioterapii. Bardzo liczymy na tę dostępność również w Polsce.

Immunoterapia w leczeniu raka szyjki macicy jest obiecującą opcją, szczególnie w przypadkach zaawansowanych lub opornych na inne formy leczenia. Korzyści z jej stosowania obejmują różne aspekty terapeutyczne, które mogą poprawić rokowanie pacjentek, takie jak:

1. długotrwała odpowiedź na leczenie,
2. mniejsza toksyczność w porównaniu do chemioterapii samodzielnej, zwłaszcza w kolejnych rzutach terapii,
3. lepsza jakość życia pacjentek i dłuższe przeżycia.



Konsultacja merytoryczna:

dr n. med. Magdalena Bizoń, specjalistka z zakresu Ginekologii Onkologicznej oraz dyrektor medyczna szpitali LUX MED Onkologia

Leczenie operacyjne raka szyjki macicy

Rak szyjki macicy to trzeci najczęstszy nowotwór ginekologiczny. Pomimo rosnącej liczby badań przesiewowych i coraz bardziej rozpowszechnionych szczepień przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV – Human Pappiloma Virus), nadal obserwujemy rozpoznawalność raka szyjki macicy w zaawansowanych stadiach choroby. Nowotwór ten w ponad 80% przypadków nie kwalifikuje się pierwotnego leczenia operacyjnego, tylko do chemioterapii lub radiochemioterapii.

W każdym przypadku kwalifikacja do leczenia operacyjnego powinna odbyć się w oparciu o konsultację ginekologa onkologa, badanie ginekologiczne z oceną zajęcia przymacicz oraz w wynik badania rezonansu magnetycznego miednicy mniejszej.

Jak wygląda leczenie operacyjne?

Leczenie operacyjne raka szyjki macicy polega na wycięciu macicy z obustronnymi jajnikami i jajowodami wraz z okolicznymi tkankami (przymaciczami). Dodatkowo usunięte zostają węzły chłonne biodrowo-zaśłonowe.

Jakie powikłania mogą się zdarzyć po leczeniu operacyjnym?

Chirurgia raka szyjki macicy jest najbardziej radykalną operacją w ginekologii onkologicznej. Najczęstsze powikłania leczenia operacyjnego związane są z uszkodzeniem moczowodów i struktur naczyniowych zlokalizowanych w dołach biodrowych. Limfadenektomia, czyli wycięcie węzłów chłonnych biodrowo-zaśłonowych może powodować obrzęki chłonne kończyn dolnych, objawiające się powiększeniem się obwodu kończyny i zaburzeniami jej ruchomości.

Kiedy możliwe jest leczenie operacyjne?

W podjęciu decyzji o leczeniu operacyjnym raka szyjki macicy znaczenie mają następujące czynniki:

1. wiek,
2. chęć prokreacji,
3. rodzaj histologiczny raka szyjki macicy.

Wiek pacjentki oraz chęć prokreacji to ważne czynniki, które należy wziąć pod uwagę w przypadku leczenia oszczędzającego płodność.

Najczęstszym rodzajem histologicznym raka szyjki macicy jest typ płaskonabłonkowy, gdzie choroba zaczyna rozwijać się z nabłonka obecnego na tarczy szyjki macicy. Stanowi on ok. 90-95% wszystkich raków. Drugim jest rak gruczołowy szyjki macicy (ok. 10% wszystkich raków) wywodzący się z nabłonka gruczołowego kanału szyjki macicy. Do leczenia chirurgicznego kwalifikowane są guzy szyjki macicy do 4cm bez względu na rodzaj histologiczny choroby (stopień IB2 i IIA1 wg klasyfikacji FIGO). W przypadku raka gruczołowego można rozważyć leczenie operacyjne guzów większych niż 4 cm, co jest niezalecane w przypadku raka płaskonabłonkowego.

1. status menopauzalny,
2. choroby współistniejące,
3. zajęcie przymacicz.

Zajęcie przez chorobę nowotworową przymacicz, czyli struktur zlokalizowanych pomiędzy blaszkami otrzewnej, wzdłuż przedniej i tylnej ściany macicy, dyskwalifikuje pacjentkę z leczenia operacyjnego.

Leczenie operacyjne, a płodność

Pacjentki z rakiem szyjki macicy, dzięki leczeniu oszczędzającemu mogą zachować płodność. Kwalifikacja do leczenia oszczędzającego płodność oparta jest na chęci pacjentki do prokreacji, szczególnie gdy nie posiada ona jeszcze potomstwa. Trachelektomia, czyli wycięcie szyjki macicy z pozostawieniem trzonu macicy,

obu jajowodów i obu jajników, umożliwia zajęcie w ciąży pomimo rozpoznania choroby onkologicznej. Do trachelektomii kwalifikują się pacjentki z guzem szyjki macicy mniejszym niż 2 cm, u których stwierdzona jest silna potrzeba posiadania potomstwa. Operacja trachelektomii jest zabiegiem trudnym technicznie, polegającym na odcięciu szyjki macicy od trzonu macicy, a następnie ponownym przyszyciu trzonu macicy do sklepień pochwy.

Brak szyjki macicy powoduje niewydolność cieśniowo-szyjkową w ciąży i wiąże się ze zwiększonym ryzykiem poronienia i porodu przedwczesnego, niemniej pozwala na zajęcie w ciąży i urodzenie dziecka, pomimo przebiecia choroby nowotworowej.

Wiek pacjentki oraz chęć prokreacji to ważne czynniki, które należy wziąć pod uwagę w przypadku leczenia oszczędzającego płodność.

Czy koniecznie trzeba wycinać jajniki?

Pozostawienie jajników pozwala na utrzymanie statusu hormonalnego organizmu i niewprowadzanie go w stan menopauzy. Sytuacja jest szczególnie istotna dla młodych kobiet w okresie przedmenopauzalnym w przypadku stopnia zaawansowania klinicznego IB1. Obustronne wycięcie jajników spowodowałoby rozpoczęcie okresu menopauzy, który u młodych kobiet mógłby objawiać się nasilonymi uderzeniami gorąca, zlewnymi potami i zaburzeniami nastroju, a w dalszej konsekwencji wzrostem ryzyka chorób sercowo-naczyniowych i osteoporozy. Pozostawienie jajników w trakcie operacji wiąże się z ich transpozycją, czyli przeniesieniem powyżej obszaru ewentualnego pola naświetlań, jeżeli będzie wskazana radioterapia po leczeniu operacyjnym.

Co to jest węzeł wartowniczy?

Węzeł wartowniczy to pierwszy węzeł chłonny na drodze spływu chłonki z guza nowotworowego. U pacjentek z rozpoznaniem raka szyjki macicy biopsja węzłów wartowniczych i wykluczenie mikropzerzutów pozwala na kontynuację leczenia operacyjnego, szczególnie jeśli jest to leczenie oszczędzające płodność.

Czy leczenie małoinwazyjne raka szyjki macicy jest możliwe?

W 2018 Ramirez et al. opublikowali wieloośrodkowe badanie porównujące operacje chirurgii otwartej i małoinwazyjnej w rozpoznaniu raka szyjki macicy. Badanie rozpoczęło się w czerwcu 2008, a zakończyło w czerwcu 2017. Ośrodki biorące udział cechowały się różnym doświadczeniem w chirurgii małoinwazyjnej. Na podstawie 10-letniej obserwacji stwierdzono, że radykalne wycięcie macicy metodą małoinwazyjną (głównie laparoskopową) wiąże się z niższym odsetkiem całkowitych przeżyć oraz czasu wolnego od progresji choroby u pacjentek z rozpoznaniem raka szyjki macicy we wczesnym stadium zaawansowania choroby.

Na przestrzeni kilku lat analizowano różne czynniki mogące wpływać na wyniki badania. W związku z niewielką liczbą pacjentek operowanych techniką robotyczną, rozpoczęto kolejne badanie kliniczne o nazwie RACC trial porównujące pacjentki z rozpoznaniem raka szyjki macicy z guzem mniejszym niż 2 cm, operowane techniką chirurgii otwartej lub chirurgii robotycznej. Wyniki badania najprawdopodobniej zostaną zaprezentowane w 2026 roku, co może okazać się przełomowym doniesieniem najbliższych lat w ginekologii onkologicznej.

Bibliografia:

1. The Polish Society of Gynecological Oncology Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Cervical Cancer (v2024.0) J. Clin. Med. 2024, 13, 4351. Doi: 10.3390/jcm13154351.
2. P. Ramirez, M. Frumovitz, R. Pareja et al. Minimally Invasive versus Abdominal Radical Hysterectomy for Cervical Cancer. N Engl J Med. 2018; 379:1895-1904. Doi: 10.1056/NEJMoa1806395
3. N. Bizzarri, M. Kyrgiou, R. de Vincenzo et al. Prophylactic HPV vaccination in HPV-related gynecologic cancers: European Society of Gynecological Oncology (ESGO) prevention committee opinion. Int J Gynaecol Obstet. 2025; 169(2):597-604. Doi: 10.1002/ijgo.16120.
4. D. Cibula, M. Rosaria Raspollini, F. Planchamp et al. ESGO/ESTRO/ESP Guidelines for the management of patients with cervical cancer – Update 2023. J Radiother Oncol. 2023; 184:109682. Doi: 10.1016/j.radonc.2023.109682

Zaawansowanie kliniczne raka szyjki macicy	Klasyfikacja TNM	Klasyfikacja FIGO
Rak szyjki macicy ograniczony do szyjki macicy	T1/ N0/ M0	I
Inwazja raka nie większa niż 3 mm	T1A1	IA1
Inwazja raka większa niż 3mm, mniejsza niż 5mm	T1A2	IA2
Klinicznie guz szyjki równym lub większym niż 5mm, ale nie większy niż 20mm	T1B1	IB1
Klinicznie guz szyjki równy lub większy niż 20mm, ale mniejszy niż 40mm	T1B2	IB2
Guz szyjki macicy o wymiarze równym lub większym niż 40mm	T1B3	IB3
Rak szyjki macicy nacieka macicę, ale nie dochodzi do ścian macicy ani do dolnej trzeciej części pochwy	T2/ N0/ M0	II
Guz nie większy niż 40mm bez zajęcia przymacicz	T2A1	II A1
Guz równy lub większy niż 40mm bez zajęcia przymacicz	T2A2	II A2
Guz szyjki macicy oraz inwazja przymacicz	T2B	II B
Rak szyjki macicy zajmuje dolną trzecią pochwy bez naciekania ścian miednicy	T3A	III A
Rak szyjki macicy nacieka ściany miednicy, powoduje wodonercze	T3B	III B
Obecne przerzuty tylko w węzłach chłonnych miednicznych	T / N1	III C1
Obecne przerzuty w węzłach okołoaortalnych	T / N2	III C2
Guz nacieka na pęcherz moczowy lub odbytnicę	T4A	IV A
Przerzuty do narządów odległych	T / N /M1	IV B

Tabela 1. Klasyfikacja FIGO (2018)



Konsultacja merytoryczna:

Agnieszka Blanka Snarska, psychoonkolog, pacjentka

Znaczenie wsparcia psychologicznego w leczeniu raka szyjki macicy

W trakcie leczenia onkologicznego pacjenci doświadczają nie tylko fizycznych skutków choroby i terapii, ale także ogromnych wyzwań emocjonalnych i psychicznych. Diagnoza nowotworu często wywołuje szok, lęk, niepewność, a także poczucie utraty kontroli nad własnym życiem.

Wsparcie psychologiczne w tym czasie staje się niezwykle istotnym elementem kompleksowej opieki, pomagając pacjentom radzić sobie z emocjami, odbudowywać poczucie bezpieczeństwa i lepiej funkcjonować na co dzień. Psychologiczne wsparcie nie tylko poprawia jakość życia, ale także może pozytywnie wpłynąć na proces leczenia, pomagając pacjentom zachować motywację i aktywnie uczestniczyć w terapii.

Rak szyjki macicy to diagnoza, która zmienia wszystko — codzienność, plany, priorytety. Choć choroba wciąż wzbudza strach i wiąże się z licznymi wyzwaniami, to każda historia pacjentki to także opowieść o sile, determinacji i nadziei.

W ramach kampanii „RSM-nastawienie na leczenie” poprosiliśmy o podzielenie się swoją historią Agnieszkę Blanę Snarską, pacjentkę i psychoonkolożkę współpracującą z Fundacją OnkoCafe - Razem Lepiej, która opowie o drodze do diagnozy, trudnościach związanych z leczeniem, emocjach, które jej towarzyszyły, i o tym, co dało jej siłę, by nie poddać się chorobie.

Agnieszko, kiedy dowiedziałas się że chorujesz na raka szyjki macicy?

Mam 42 lat, mam męża, dwa koty i psa. O chorobie dowiedziałam się cztery lata temu. Jesienią 2021 r. podczas rutynowej wizyty u ginekologa, jak co dwa lata robiłam okresowe badanie kontrolne - cytologię. Nie miałam żadnych objawów toczącej się we mnie choroby. Niestety rak szyjki macicy długo nie daje żadnych objawów. Tak

samo było również w moim przypadku. To co pomogło wyłapać chorobę na wczesnym etapie rozwoju to czujność onkologiczna, czyli okresowe badania kontrolne.

Szok, niedowierzanie, świat się dla mnie zatrzymał, gdy usłyszałam, że mam raka. Niewiele interesowałam się onkologią przed diagnozą i dla mnie, na tamten czas, jasne było, że rak to trudne leczenie, chemioterapia, brak włosów i śmierć. Jak bardzo mogłam się mylić pokazało mi następnych kilka miesięcy.

W onkologii wszystko dzieje się szybko. Od diagnozy do leczenia minęły niecałe dwa miesiące. Dzięki temu, że regularnie chodziłam na badania okresowe raka wykryto na wczesnym etapie zaawansowania. Pozwoliło to na leczenie operacyjne, dostępne jedynie w niskich stadiach zaawansowania. Przeszłam histerektomię w jednym z warszawskich szpitali. Po operacji szybko wróciłam do domu, gdzie pomoc męża była nieoceniona. Po operacji nie można m.in. dźwigać ani się schylać.

*Dla osoby
z diagnozą
świat, który tak
niedawno był
przewidywalny,
dziś chwieje się
i trudno znów
zaufać poczuciu
bezpieczeństwa.*

Rozpoczęło się czekanie. Często mówię, że chorowanie na raka to wieczne czekanie. Na badania, na wyniki, na kontrole. Ja czekałam na histpat z operacji. Dzień przed Wigilią otrzymałam wynik: wycięto w całości. Nie jest potrzebne dodatkowe leczenie. Jestem zdrowa.

Do myśli: „jestem zdrowa” – długo musiałam się przyzwyczajać. Często jest tak, że właśnie po skończeniu leczenia przychodzi czas leków, depresji. Wszyscy się dziwią, mówią: przecież jesteś po leczeniu! Ale dla osoby z diagnozą świat, który tak niedawno był przewidywalny, dziś chwieje się i trudno znów zaufać poczuciu bezpieczeństwa.

Ponieważ dla mnie zawsze najważniejsze były fakty, potrzeba wiedzy opartej o medycynę była priorytetem. W tamtym czasie, już po leczeniu założyłam grupę na FB dla kobiet z diagnozą RSM (Rak Szyjki Macicy, czyli nowotwór złośliwy, który powstaje w szyjce macicy). Grupę opartą na faktach i wiedzy medycznej. Dziś grupa liczy ponad 700 osób, a nad jej merytoryką czuwają autorytety z dziedziny ginekologii onkologicznej. Zarówno oni, jak i ja w swoim wolnym czasie, z potrzeby



misji poświęcamy energię na to, by osoby już dotknięte chorobą wiedziały, jaki jest przebieg leczenia i zdrowienia, a dzięki licznym akcjom szerzącym wiedzę, naszą misją jest uchronienie przyszłym pokoleń przed podzieleniem choćby mojego losu.

Dziś jestem ponad 3 lata po leczeniu. Jestem z wykształcenia psycholożką. W tym roku z wyróżnieniem obroniłam studia podyplomowe na SWPS na kierunku Psychoonkologia. Założyłam własną działalność, jako psychoonkolożka pracuje również w Fundacji. Pomagam w przejściu trudu diagnozy onkologicznej osobom nią dotkniętą oraz jej bliskim. Pamiętajmy, że choroba onkologiczna często przewraca do góry nogami życie całych rodzin i ich członkowie nierzadko potrzebują pomocy psychologicznej.

Wiążę pełne radości i spełnienia życie po raku. Bo życie dzielę na to przed i po. Czy o chorobie zapomniałam? Skąd! O niej nie da się zapomnieć. Jest gdzieś z tyłu głowy. I czerpię z tego doświadczenia! Nie odkładałam życia na potem, nie przejmuję się rzeczami na które nie mam wpływu, wybieram życzliwość i pogodną postawę wobec życia. Wiem, jak jest kruche i dlatego chce korzystać z niego każdego dnia!

Doświadczenie diagnozy onkologicznej pozwala mi również jak nikt rozumieć problemy, z jakimi mierzą się osoby podobne mnie, co pozwala mi z zaangażowaniem, pokorą i zrozumieniem być lepszą psycholożką i psychoonkolożką.

Czy jako psychologowi było Ci łatwiej?

Jako psychoonkolożka, ale przede wszystkim jako kobieta, która sama chorowała na raka szyjki macicy, doskonale rozumiem emocje towarzyszące tej diagnozie. Moja historia to droga przez strach, niepewność i walkę o akceptację tej nowej, trudnej rzeczywistości. Diagnoza była dla mnie ogromnym ciosem, a pierwsze tygodnie po jej usłyszeniu wypełniał niepokój i poczucie bezsilności. Jednak wsparcie psychologiczne pomogło mi w oswojeniu się z chorobą, zmniejszyło lęk i pozwoliło odzyskać kontrolę nad moim własnym życiem. Dlatego doskonale wiem, że każda pacjentka zasługuje na profesjonalną pomoc w tym trudnym czasie, ponieważ zdrowie psychiczne jest równie ważne, jak to fizyczne.

Pójście po pomoc czy to psychologiczną, czy pomoc lekarza psychiatry nie powinno być tematem tabu. Czas leczenia to trudny czas, w którym potrzebujemy wsparcia, nie tylko tego od bliskich, ale również tego od profesjonalistów.

***Każda z nas
ma wybór,
jak podejdzie
do leczenia
i codzienności
z chorobą***

Wiedza psychologiczna pomogła mi zrozumieć mechanizmy reakcji na stres i chorobę, ale nie uchroniła mnie od lęku i cierpienia. Diagnoza była dla mnie szokiem i sama potrzebowałam wsparcia, aby przejść przez leczenie. Teoria nie zawsze przekłada się na praktykę, a kiedy dotknęło mnie to osobiście, zobaczyłam jak trudne bywa stosowanie własnych rad. Mimo posiadanej wiedzy musiałam na nowo nauczyć się radzenia sobie z emocjami i swoimi własnymi myślami. Wiedza psychologiczna nie sprawiła, że było mi łatwiej samej przejść przez chorobę, ale to doświadczenie sprawiło, że teraz lepiej rozumiem swoje pacjentki i potrafię bardziej wczuć się w ich sytuację.

Czy korzystałaś z pomocy psychoonkologa?

Tak, korzystałam z pomocy specjalisty i uważam, że było to kluczowe w moim procesie zdrowienia. Niezależnie od naszego zawodu czy doświadczeń, każdy

pacjent ma prawo do wsparcia. Sama skorzystałam z tej możliwości. Spotkania z psychoonkologiem pomogły mi oswoić strach, znaleźć sens w trudnej sytuacji i odbudować motywację do wstawania rano z łóżka. Rozmowa z kimś, kto potrafił poprowadzić mnie przez moje lęki i obawy była dla mnie bezcenna. Dzięki tej pomocy nauczyłam się akceptować rzeczy, na które nie mam wpływu i koncentrować się na tych, które mogę kontrolować.

Czy dręczyły Cię myśli - „Dlaczego ja?”, „Za co?”, „Czy to kara?”

Tak, te pytania pojawiały się w mojej głowie i jak najbardziej są naturalną reakcją. Choroba nowotworowa burzy nasze poczucie sprawiedliwości, jednak kluczowe jest znalezienie sensu w tej sytuacji i skupienie się na tym, na co mamy wpływ. Długo szukałam odpowiedzi, próbując zrozumieć czy zrobiłam coś złe, czy mogłam temu zapobiec. Ostatecznie doszłam do wniosku, że myślenie w kategoriach winy nie pomaga – zamiast tego warto skupić się na tym, jak najlepiej przejść przez chorobę. Znalezienie wsparcia i konstruktywnych sposobów radzenia sobie z emocjami było dla mnie kluczowe.

A jak odpowiadasz pacjentkom, które zadają te pytania?

Mówię im, że choroba to nie kara, a losowa sytuacja wynikająca z wielu czynników. Ważne jest przejście od pytania „Dlaczego ja?” do „Co mogę zrobić teraz, by sobie pomóc?”. Wspólnie pracujemy nad akceptacją i zmianą sposobu myślenia, aby pacjentka nie czuła się „ofiara losu”. Pokazuję, że niezależnie od przyczyn diagnozy, każda z nas ma wybór, jak pójść do leczenia i codzienności z chorobą. Wsparcie innych kobiet w podobnej sytuacji często pomaga zmienić perspektywę.

Jak chore mogą radzić sobie z diagnozą nawrotu lub progresji choroby?

To jeden z najtrudniejszych momentów. Ważne jest, by pozwolić sobie na przeżywanie emocji, ale też szukać wsparcia – w psychologu, rodzinie, grupach wsparcia. Nawrót budzi strach, ale nie oznacza końca istnienia – nowoczesne leczenie daje coraz więcej możliwości. Kluczowe jest znalezienie równowagi między akceptacją sytuacji, a mobilizacją do dalszych działań. Pamiętaj, że każda decyzja powinna być podejmowana w zgodzie z Twoimi potrzebami i możliwościami. To ty jesteś najważniejsza!

Kiedy udać się do psychologa?

Jeśli choroba powoduje ciągły lęk, bezsenność, poczucie beznadziei, unikanie bliskich czy brak chęci do życia – to znak, że trzeba szukać pomocy. Nie warto czekać, aż objawy staną się nie do zniesienia – im wcześniej otrzymasz wsparcie, tym łatwiej będzie wrócić na właściwe tory. Psycholog pomoże zrozumieć emocje i nauczy skutecznych metod radzenia sobie ze stresem. Wsparcie specjalisty nie jest oznaką słabości, ale odwagi w dbaniu o swoje zdrowie psychiczne. Nie jesteś sama i masz prawo do pomocy.

Do niepokojących objawów, które mogą wskazywać na potrzebę wsparcia psychoonkologicznego w chorobie zaliczamy:

1. Ciągły smutek,
2. Brak energii, ciągłe zmęczenie,
3. Problemy ze snem,
4. Unikanie kontaktów z innymi osobami,
5. Natrętne myśli o śmierci,
6. Lęk przed leczeniem.

Pamiętaj, że zwrócenie się o pomoc do profesjonalisty to żaden wstyd! Dlatego, jeśli zauważasz u siebie niepokojące objawy, nie bagatelizuj ich – pomoc psychologa może znacząco poprawić Twój komfort życia i przebieg leczenia.

Jak znaleźć odpowiedniego psychologa?

Dobry psycholog to osoba, przy której czujemy się wysłuchani i rozumiani. Ważna jest empatia, doświadczenie w pracy z pacjentami onkologicznymi i poczucie bezpieczeństwa. Pierwsze spotkanie może pomóc ocenić, czy dana osoba jest odpowiednia – warto zwrócić uwagę, czy czujesz się swobodnie i czy psycholog naprawdę Cię słucha. Jeśli masz wątpliwości, nie bój się szukać innego specjalisty – to Twoje zdrowie i Twoje potrzeby są najważniejsze. Dobra relacja terapeutyczna to podstawa skutecznej terapii i pomocy.

Gdzie szukać pomocy psychoonkologa?

Pomoc psychoonkologiczną można znaleźć w poradniach onkologicznych, szpitalach oraz fundacjach zajmujących się wsparciem pacjentów onkologicznych. Wiele placówek oferuje bezpłatne konsultacje w ramach NFZ. Warto zapytać swojego lekarza prowadzącego o dostępne możliwości. Istnieją również grupy wsparcia prowadzone przez organizacje pacjenckie, które umożliwiają kontakt z innymi osobami w podobnej sytuacji. Coraz więcej psychologów oferuje także wsparcie online, co może być dobrym rozwiązaniem, jeśli w Twojej okolicy brakuje specjalisty. Kluczowe jest, aby nie zostawać z problemami samemu i skorzystać z dostępnych form pomocy.

Czy każdy psycholog może pomóc osobie, która się dowiedziała o chorobie bądź ma zaawansowanego RSM?

Nie każdy psycholog ma doświadczenie w pracy z pacjentami onkologicznymi, dlatego warto szukać specjalisty w zakresie psychoonkologii. Psychoonkolog zna specyfikę reakcji emocjonalnych towarzyszących diagnozie nowotworowej i potrafi skutecznie wspierać pacjentów w radzeniu sobie z lękiem, stresem czy depresją. Ważne jest, aby psycholog był empatyczny i potrafił dostosować metody pracy do indywidualnych potrzeb pacjenta. Jeśli nie mamy dostępu do psychoonkologa, warto skonsultować się z psychologiem, który ma doświadczenie w pracy z osobami przewlekle chorymi. Kluczowe jest znalezienie specjalisty, przy którym pacjentka czuje się zrozumiana i bezpieczna.

Jak się przygotować do takiej wizyty?

Przed wizytą warto zastanowić się, jakie tematy chcemy poruszyć i jakie emocje są dla nas najtrudniejsze. Można spisać swoje pytania, obawy oraz sytuacje, które budzą największy stres, aby ułatwić rozmowę z psychologiem. Warto być otwartym na rozmowę i pamiętać, że nie musimy od razu dzielić się wszystkim – ważne jest budowanie zaufania w swoim tempie. Jeśli to pierwsza wizyta to dobrze jest dowiedzieć się wcześniej, jak wygląda praca danego specjalisty i jakie metody on stosuje. Dobrze również zadbać o komfort przed wizytą, np. znaleźć spokojne miejsce na rozmowę, jeśli odbywa się online.

Jak wygląda spotkanie z psychoonkologiem? W czym może takie spotkanie pomóc pacjentce?

Spotkanie z psychoonkologiem zazwyczaj rozpoczyna się od rozmowy o emocjach pacjentki, jej sytuacji życiowej oraz obawach związanych z chorobą. Psychoonkolog pomaga zrozumieć naturalne reakcje psychiczne towarzyszące chorobie i uczy, jak sobie z nimi radzić. Może on zaproponować konkretne techniki relaksacyjne, metody radzenia sobie ze stresem czy sposoby poprawy komunikacji z bliskimi. Sesje mogą również dotyczyć motywacji do leczenia, budowania odporności psychicznej czy akceptacji zmian, jakie niesie choroba. Celem spotkania jest poprawa jakości życia pacjentki, wsparcie jej w przejściu przez trudny czas i pomoc w odnalezieniu równowagi emocjonalnej.

Jakie są realne szanse skorzystania z pomocy psychoonkologa na NFZ, czy jednak szukać pomocy prywatnie?

W Polsce w wielu szpitalach onkologicznych dostępni są psychoonkolodzy, którzy oferują wsparcie w ramach NFZ, jednak dostępność tych usług zależy od konkretnej placówki. Warto zapytać lekarza prowadzącego lub personel medyczny o możliwość skorzystania z takiej pomocy. Niestety, czas oczekiwania na konsultację może być długi, co skłania część pacjentek do poszukiwania pomocy prywatnej. Prywatna konsultacja często wiąże się z krótszym czasem oczekiwania i większą elastycznością terminów, ale jest dodatkowym kosztem. Warto sprawdzić także organizacje pacjenckie i fundacje, które często oferują darmowe wsparcie psychoonkologiczne.

Czy jeżeli chora nie ma możliwości skorzystać stacjonarnie z pomocy psychoonkologa w miejscu zamieszkania, czy warto szukać takiej pomocy w sieci?

Tak, warto rozważyć pomoc online, jeśli nie masz dostępu do psychoonkologa w swojej okolicy. Coraz więcej specjalistów oferuje konsultacje online, co pozwala na kontakt z profesjonalistą bez względu na miejsce zamieszkania. Takie spotkania są równie skuteczne, jak wizyty stacjonarne, a dodatkowo eliminują konieczność dojazdów, co może być ważne w czasie leczenia. Warto upewnić się, że wybierany specjalista ma doświadczenie w pracy z pacjentami onkologicznymi i oferuje bezpieczne, poufne warunki rozmowy. Szukanie pomocy online to dobra alternatywa, zwłaszcza gdy brak

wsparcia stacjonarnego powoduje, że pozostajemy same ze swoimi emocjami.

Czy psychoonkolog pomaga tylko pacjentce, czy wspiera też bliskich?

Psychoonkolog pomaga nie tylko pacjentce, ale także jej bliskim, którzy również przeżywają silne emocje związane z chorobą. Rodzina i przyjaciele często zmagają się z lękiem, bezradnością i stresem, nie wiedząc, jak najlepiej wspierać chorą osobę. Specjalista może pomóc im zrozumieć proces choroby, nauczyć skutecznych sposobów komunikacji oraz radzenia sobie z własnymi emocjami. Wsparcie psychoonkologa może poprawić relacje w rodzinie i zmniejszyć napięcie wynikające z trudnej sytuacji. Warto pamiętać, że im lepiej czują się bliscy pacjentki, tym większe wsparcie mogą jej oferować.

Jak powiedzieć rodzinie i bliskim o chorobie/nawrocie?

Mówienie o chorobie bliskim to trudny, ale ważny krok, który warto dostosować do sytuacji i relacji z daną osobą. W przypadku dzieci istotne jest dostosowanie przekazu do ich wieku – młodsze dzieci potrzebują prostych, uspokajających wyjaśnień, natomiast starszym można podać więcej szczegółów. W rozmowie z partnerem, rodzeństwem czy rodzicami warto postawić na szczerość i otwartość, ale też dać im czas na przetworzenie informacji. Można przygotować się do takiej rozmowy, zastanawiając się, jakie pytania mogą paść i jak chcemy na nie odpowiedzieć. Ważne jest, aby wybrać odpowiedni moment i miejsce, gdzie będzie możliwość spokojnej, pełnej wsparcia rozmowy.

Czy mamy prawo nie mówić o swojej sytuacji najbliższym?

Tak, każda pacjentka ma prawo decydować, komu i kiedy chce powiedzieć o swojej chorobie. Nie każda osoba czuje się gotowa, by dzielić się tą informacją od razu – to indywidualna decyzja, którą należy podjąć w zgodzie ze sobą. Niektórzy pacjenci wolą zachować chorobę w tajemnicy, aby nie martwić bliskich lub uniknąć niechcianych reakcji. Warto jednak zastanowić się, czy wsparcie ze strony najbliższych nie będzie pomocne w trudnym czasie leczenia. Jeśli nie chcemy rozmawiać o chorobie z bliskimi, dobrze jest znaleźć kogoś, komu możemy zaufać, np. psychologa czy grupę wsparcia.

Mówi się, że na raka choruje pacjent i jego rodzina. Jak bliscy mogą wspierać chorego?

Bliscy mogą wspierać pacjentkę zarówno emocjonalnie, jak i praktycznie – tutaj ważne jest, aby dostosować swoje działania do jej potrzeb. Czasami wystarczy po prostu być obok, wysłuchać i dać poczucie bezpieczeństwa, niekoniecznie oferując gotowe rozwiązania. Można także pomóc w codziennych obowiązkach, np. organizując transport na wizyty lekarskie, przygotowując posiłki czy zajmując się domem. Ważne jest również, by bliscy nie narzucali swojej pomocy, ale uważnie słuchali, czego pacjentka naprawdę potrzebuje. Wspólne spędzanie czasu, rozmowy na różne tematy i dbanie o pozytywne chwile mogą znacząco poprawić samopoczucie chorej osoby.

Jak się przygotować do leczenia i znieść ten trudny psychicznie czas? Jak znaleźć w sobie motywację i siłę do kolejnych chemii, kolejnych radioterapii, kiedy kolejna linia nie przynosi efektów?

Przygotowanie do leczenia to nie tylko organizacja wizyt i badań, ale także mentalne nastawienie do całego procesu. Warto skupić się na małych krokach – zamiast myśleć o całym trudnym leczeniu, lepiej koncentrować się na kolejnym etapie, który trzeba przejść. Pomocne może być wsparcie psychologa, grup wsparcia oraz bliskich, którzy dodają otuchy w trudniejszych momentach. Motywację można odnaleźć w osobistych celach lub małych „celkach” – warto wyznaczać sobie drobne przyjemności, które sprawią, że każdy dzień stanie się łatwiejszy. Ważne jest również znalezienie sensu i wiara, że każda terapia to kolejna szansa na poprawę zdrowia.

Co zrobić, kiedy nie ma już siły do mierzenia się z chorobą? Opuścić i pogodzić się z losem, czy szukać wsparcia?

Brak siły to naturalny etap, przez który przechodzi wiele pacjentek, dlatego nie należy się za to obwiniać. Ważne jest, aby dać sobie czas na odpoczynek psychiczny i fizyczny, nie zmuszać się do ciągłego pozytywnego nastawienia. Zamiast podejmować decyzje w chwilach kryzysu, warto poszukać wsparcia – u psychologa, w grupie wsparcia lub wśród bliskich. Każda decyzja powinna być podejmowana świadomie i zgodnie z własnymi wartościami, a nie pod wpływem chwilowego zmęczenia. Jeśli brakuje sił, warto skorzystać z profesjonalnej pomocy, aby odzyskać nadzieję i równowagę.

Czy depresja i stany lękowe są częstym zjawiskiem wśród kobiet z zaawansowanym rakiem szyjki macicy?

Stany depresyjne w chorobie nowotworowej są częste i naturalne, ale nie należy ich ignorować. Ważne jest, aby otwarcie mówić o swoich emocjach i nie bać się prosić o pomoc – zarówno bliskich, jak i specjalistów. Psychoterapia, farmakoterapia oraz techniki radzenia sobie ze stresem są pomocne w poprawie samopoczucia. Warto też znaleźć coś, co daje radość i odwraca uwagę od choroby – pasje, drobne przyjemności czy kontakt z naturą mogą pomóc złagodzić negatywne emocje. Najważniejsze jest jednak, aby nie zostać samej z tym problemem i dać sobie prawo do poszukiwania wsparcia.

W chorobie zaawansowanej często przychodzą do nas myśli związane ze śmiercią, krótkim czasem, który nam pozostał – jak funkcjonować z tymi myślami?

Myśli o śmierci są naturalne w obliczu poważnej choroby i nie należy się ich wstydzić ani tłumić. Ważne jest, aby znaleźć kogoś z kim można otwarcie o nich porozmawiać – może to być psycholog, duchowny, bliska osoba lub inny pacjent, który przeszedł podobną drogę. Skupienie się na teraźniejszości i wartościowym spędzaniu czasu pomaga zmniejszyć lęk i nadać sens każdemu dniu. Modlitwa, kontemplacja, koncentracja na tym co dla mnie ważne, pisanie dziennika, rozmowy i próba znalezienia spokoju wewnętrznego mogą pomóc w pogodzeniu się z tymi myślami. Nie trzeba walczyć z nimi samotnie – profesjonalne wsparcie może pomóc odnaleźć poczucie spokoju i sensu.

Jak wykorzystać czas, który nam pozostał?

Najważniejsze jest, aby ten czas był jak najbardziej wartościowy i zgodny z własnymi potrzebami oraz pragnieniami. Można skupić się na relacjach z bliskimi, wyrażeniu swoich uczuć i tworzeniu wspólnych wspomnień, które pozostaną na długo w pamięci rodziny i przyjaciół. Warto także zadbać o swoje marzenia – niektóre z nich można spełnić nawet w prosty sposób, np. poprzez rozmowy, podróże (nawet krótkie) czy realizację pasji. Spisanie listy rzeczy, które chciałoby się jeszcze zrobić lub powiedzieć bliskim, może pomóc uporządkować emocje i nadać kierunek działaniom. Każdy dzień ma wartość, a sposób jego przeżywania zależy od indywidualnych decyzji i potrzeb.

Jak zarządzić emocjami towarzyszącymi chorobie (udawać silną, czy pozwolić sobie na łzy)?

Nie trzeba cały czas udawać silnej – pozwolenie sobie na przeżywanie różnych emocji jest ważnym elementem procesu leczenia. Tłumienie uczuć może prowadzić do większego napięcia i stresu, dlatego warto pozwolić sobie na łzy, smutek czy złość, gdy tego potrzebujemy. Jednocześnie można szukać strategii, które pomagają zachować równowagę – rozmowa, pisanie o swoich uczuciach, sztuka czy aktywność fizyczna mogą pomóc w wyrażeniu emocji. Bycie silną nie oznacza ukrywania uczuć, ale raczej świadome zarządzanie nimi i szukanie wsparcia, kiedy tego potrzebujemy. Akceptacja swoich emocji to klucz do wewnętrznego spokoju.

Jakie możesz polecić techniki i sposoby, które mogą pomóc chorym na raka szyjki macicy?

Istnieje wiele metod, które są pomocne w radzeniu sobie z emocjami i stresem związanym z chorobą. Nauka zasad racjonalnego i wspierającego myślenia opartego na faktach i ćwiczenia oddechowe mogą pomóc w redukcji lęku i napięcia, a regularna aktywność fizyczna – nawet w formie spacerów – wspiera dobre samopoczucie. Prowadzenie dziennika emocji lub rozmowy z psychoonkologiem pomagają uporządkować myśli i znaleźć wsparcie w trudnych chwilach. Warto także skorzystać z grup wsparcia, gdzie można dzielić się swoimi przeżyciami z osobami w podobnej sytuacji, co daje poczucie zrozumienia i wspólnoty. Każda pacjentka powinna znaleźć własny sposób na radzenie sobie z chorobą, dostosowany do swoich potrzeb i możliwości.

Technika Simontona to jedno z podejść, które może pomóc pacjentkom onkologicznym lepiej radzić sobie z chorobą i stresem. Ważnym elementem tej metody jest praca nad przekonaniami na temat zdrowia i choroby – zmiana negatywnego nastawienia na bardziej wspierające może znacząco poprawić samopoczucie.

Zasady zdrowego myślenia pomagają lepiej radzić sobie z procesem leczenia. Kiedy pojawia się lęk lub przytłoczenie, zadaję sobie pytanie: **Jakie są fakty?** – zamiast poddawać się obawom, skupiam się na realnych danych, takich jak wyniki badań, dostępne opcje terapii i opinie lekarzy. To pozwala mi unikać katastroficznego

myślenia i koncentrować się na tym, co rzeczywiście mogę zrobić.

Drugą ważną zasadą jest pytanie: **Czy moje myślenie pomaga mi chronić moje życie i zdrowie?** – jeśli zauważam, że jakieś przekonania powodują stres lub rezygnację, staram się je zmienić na bardziej wspierające. Zamiast myśleć „nie dam rady”, przypominam sobie, że każdy kolejny dzień leczenia to krok w stronę poprawy mojego stanu.

Podczas trudnych momentów przypominam sobie także: **Czy moje myślenie pomaga mi osiągać moje cele?** – moim celem jest nie tylko leczenie, ale też jak najlepsza jakość życia mimo choroby. Staram się więc dbać o to, co mi służy: regenerację, odpoczynek, małe przyjemności, które pomagają mi czuć się lepiej.

Nie bez znaczenia jest także relacja z otoczeniem. **Czy moje myślenie pomaga mi unikać konfliktów lub je rozwiązywać?** – leczenie często wiąże się z emocjami, które wpływają na relacje z bliskimi. Zamiast zamykać się w sobie, staram się jasno komunikować swoje potrzeby i prosić o wsparcie, jeśli go potrzebuję.

Ostatecznie, ważne jest dla mnie, aby zadawać sobie pytanie: **Czy moje myślenie pomaga mi czuć się tak, jak chcę się czuć, bez uciekania w szkodliwe mechanizmy?** – pozwalam sobie na smutek i trudne emocje, ale nie pozwalam, by przejęły nade mną kontrolę. Wybieram świadome sposoby radzenia sobie ze stresem, takie jak rozmowy z bliskimi, praktyki relaksacyjne czy wsparcie terapeutyczne. Zdrowe myślenie nie sprawia, że choroba znika, ale pomaga mi ją przejść z większym spokojem i nadzieją.

Kiedy rodzina powinna zgłosić się do psychologa/psychoonkologa?

Rodzina osoby chorej onkologicznie powinna zgłosić się do psychologa, gdy zaczyna odczuwać, że sytuacja ich przerasta i nie są już w stanie w zdrowy sposób radzić sobie ze stresem oraz emocjami. Często bliscy koncentrują całą swoją energię na wsparciu chorego, zapominając o sobie, a to może prowadzić do wypalenia, frustracji i poczucia bezradności. Zdarza się, że emocje takie jak lęk, smutek czy gniew są tak silne, że trudno je zrozumieć i zaakceptować, co prowadzi do napięć w relacjach rodzinnych lub poczucia osamotnienia. Sama doświadczyłam tego, jak ważne jest

wsparcie psychologiczne nie tylko dla pacjenta, ale także dla jego najbliższych – choroba wpływa na całą rodzinę, a nie każdy wie, jak sobie radzić z trudnymi rozmowami, zmianami w codziennym życiu czy strachem o przyszłość. Warto skorzystać z pomocy specjalisty, gdy pojawia się poczucie bezsilności, zmęczenie psychiczne lub trudności w komunikacji z osobą chorą. Odpowiednia, profesjonalna pomoc pozwala lepiej zrozumieć własne emocje, co przełoży się na większe wsparcie dla bliskiego w chorobie.

Pozwól sobie na łyzy, na chwile słabości, na strach. To nie jest słabość – to odwaga bycia prawdziwą w obliczu trudności.

Jakie przesłanie skierujesz do kobiet, które właśnie usłyszały diagnozę - ma Pani raka szyjki macicy?

Chcę Ci przede wszystkim powiedzieć: nie jesteś sama. Wiem, jak ogromnym szokiem może być usłyszenie diagnozy onkologicznej. To moment, w którym świat się zatrzymuje, a przyszłość wydaje się niepewna. Wiem to, bo sama przez to przeszłam – nie tylko jako psychoonkolożka, ale przede wszystkim jako kobieta i pacjentka. Strach, niepewność, poczucie utraty bezpieczeństwa – to wszystko jest naturalne i masz pełne prawo do tych emocji. Ale chcę Ci też powiedzieć: to, że właśnie przeżywasz jeden z najtrudniejszych momentów w życiu, nie oznacza, że jesteś bezsilna. Diagnoza onkologiczna zmienia życie, ale nie odbiera Ci tego, kim jesteś. Masz w sobie więcej siły, niż Ci się teraz wydaje – i tę siłę możesz odkrywać dzień po dniu, krok po kroku.

Nie musisz być cały czas silna. Pozwól sobie na łyzy, na chwile słabości, na strach. To nie jest słabość – to odwaga bycia prawdziwą w obliczu trudności. I pamiętaj – wsparcie to nie luksus, to potrzeba. Szukaj go – u psychologa, u bliskich, w grupach wsparcia. Każda forma pomocy może być dla Ciebie cennym źródłem nadziei i równowagi. Daj sobie czas, nie porównuj się z innymi i słuchaj siebie. To Ty decydujesz, jak przejdziesz przez ten etap – masz prawo do własnego tempa, do wyborów zgodnych z Twoimi wartościami. I nawet jeśli dziś czujesz, że świat się wali – wiedz, że z czasem może znów zaświecić słońce. Może nie od razu, może nie tak, jak wcześniej, ale ono tam jest. Niech Twoim celem nie będzie tylko leczenie – niech będzie nim też życie z sensem, z troską o siebie,

z czułością i odwagą. Masz prawo bać się, masz prawo mieć nadzieję, masz prawo żyć – po swojemu.



Konsultacja merytoryczna:

dr n.med. Monika Łukasiewicz, specjalista położnictwa i ginekologii, endokrynologii ginekologicznej i rozrodczości, seksuolog, androlog kliniczny PTA, Klinika leczenia niepłodności Novum

Ten poradnik powstał z myślą o kobietach, które przeszły leczenie raka szyjki macicy – i nadal chcą czuć się sobą. Zmysłowo, zdrowo, bez lęku i wstydu. Jako lekarz i seksuolog – ale przede wszystkim jako kobieta – wiem, że seksualność nie kończy się na diagnozie. Może się zmieniać, dojrzewać, potrzebować troski. Ale nadal jest Twoja.

Własny coachingowy notatnik. Powrót do zdrowia seksualnego.

Ten notatnik jest dla Ciebie.

Dla Ciebie – która przeszłaś leczenie.

Dla Ciebie – która może nie wie, od czego zacząć.

Dla Ciebie – która nie chce się spieszyć, ale chce wiedzieć, że ma prawo wracać do bliskości. Po swojemu. W swoim tempie. Bez presji.

Jeżeli jeszcze nie chcesz, nie potrzebujesz terapii, by zacząć. Wystarczy kartka, długopis... i chwila uczciwości wobec siebie.

KROK 1: Gdzie jestem?

Zacznij tu. Od tu i teraz.

Jak się dziś czuję w swoim ciele?

.....

Jakie emocje pojawiają się, gdy myślę o bliskości?

(np. lęk, ciekawość, złość, tęsknota, obojętność)

.....

Czego moje ciało najbardziej potrzebuje dzisiaj?
(np. spokoju, dotyku, ruchu, ciszy, kontaktu)

.....
.....

Co już zrobiłam dla siebie?

.....
.....

KROK 2: Rozmowa z ciałem

Stań przed lustrem. Albo usiądź spokojnie. Oddychaj.

Wyobraź sobie, że Twoje ciało mówi do Ciebie.

Co ono mogłoby Ci powiedzieć?

.....
.....

A Ty? Co chciałabyś mu odpowiedzieć?

.....
.....

KROK 3: Odkrywanie przekonań

Zapisz zdanie, które pojawia się w Twojej głowie, gdy myślisz o seksie po leczeniu:

„Seks po raku to...”

.....
.....

Zastanów się:

- ▶ Czy to zdanie Cię wspiera, czy raczej rani?
- ▶ Skąd je znasz – z siebie czy z otoczenia?
- ▶ Teraz proszę napisz nowe, bardziej wspierające zdanie:

„Dla mnie seks po raku może być...”

.....
.....

KROK 4: Mikro-ćwiczenia czułości

Wybierz jedno małe ćwiczenie na każdy dzień tygodnia:

- ▶ Poniedziałek: przez 3 minuty masuj swoje dłonie lub stopy z uważnością.
- ▶ Wtorek: napisz list do swojej wagi (może być śmieszny, może być wzruszający).
- ▶ Środa: połóż dłoń na brzuchu i oddychaj: 4 sekundy wdech – 7 zatrzymanie – 8 wydech.
- ▶ Czwartek: noś coś, w czym czujesz się pięknie.
- ▶ Piątek: zapytaj siebie: „Czy dziś chcę bliskości – i jak ona ma wyglądać?”.
- ▶ Sobota: napisz, co Ci się w Tobie podoba.
- ▶ Niedziela: po prostu bądź. Bez wymagań. Z czułością.

KROK 5: List do siebie z przyszłości

Wyobraź sobie, że jesteś rok po tej rozmowie ze sobą. Napisz do siebie list z przyszłości.

Opisz:

- ▶ Co już odbudowałaś?
- ▶ Jak wygląda Twoja relacja z ciałem, bliskością, partnerem/partnerką?
- ▶ Czego się nauczyłaś o sobie?

Nie oceniaj. Pozwól sobie na nadzieję.

Nie musisz się spieszyć. Nie musisz robić wszystkiego. Ale możesz. I zasługujesz.

Ten notatnik nie służy do „naprawiania się”. Służy do bycia przy sobie – z miłością.

Kiedy własny coaching to za mało – czas na wsparcie specjalistki/specjalisty

Jeśli podczas wypełniania tego notatnika poczułaś, że:

- ▶ Twoje ciało wciąż mówi „nie” – mimo że umysł chce „tak”,
- ▶ Twoje emocje są zbyt silne, by poradzić sobie z nimi samodzielnie,
- ▶ Lęk, ból, wstyd lub smutek są zbyt trudne,
- ▶ Nie masz z kim o tym porozmawiać...

To znak, że nie musisz i nie powinnaś być z tym sama.

Z kim warto porozmawiać?

1. Seksuolog - pomoże Ci zrozumieć zmiany, które zaszły w Twoim ciele i seksualności. Pokaże rozwiązania: od lubrykantów i dilatorów, po terapie hormonalne czy techniki przyjemności.
2. Fizjoterapeutka uroginekologiczna - specjalistka od ciała. Jej praca może pomóc, jeśli czujesz ból, napięcie, brak elastyczności pochwy lub trudności z dotykiem.
3. Psycholożka / terapeutka - jeśli czujesz, że blokuje Cię trauma, niska samoocena, lęk lub nieprzepracowany smutek – rozmowa z psychologiem pomoże Ci odzyskać równowagę i poczucie wartości.
4. Ginekolog z doświadczeniem w opiece po leczeniu onkologicznym - może przepisać HTM, odpowiednią terapię miejscową (np. estrogeny, prasteron), polecić suplementację lub wyjaśnić, czego się spodziewać.

Pamiętaj: pójdźcie po pomoc to nie słabość. To dojrzałość.

Masz prawo zapytać:

- ▶ Czy mogę już współżyć?
- ▶ Czy to normalne, że nic nie czuję?
- ▶ Czy ten ból minie?
- ▶ Czy mogę jeszcze odczuwać przyjemność?

Masz prawo szukać odpowiedzi. Masz prawo wracać do siebie – z pomocą.

Bliskość i zdrowie seksualne w trakcie leczenia raka szyjki macicy

Dlaczego rozmowa z seksuologiem jest ważna?

Leczenie raka szyjki macicy – operacja, radioterapia czy chemioterapia – często wiąże się z istotnymi zmianami w ciele i psychice kobiety. Mogą pojawić się: suchość pochwy, ból podczas współżycia, obniżone libido, a także trudności z akceptacją własnego ciała.

Nowotwór to choroba, która dotyka nie tylko fizyczności, ale również emocji, relacji i szeroko pojętego poczucia kobiecości. Dlatego tak ważne jest, aby już przed rozpoczęciem leczenia, a także w jego trakcie i po zakończeniu, porozmawiać z seksuologiem – specjalistą, który pomoże Ci zadbać o zdrowie seksualne i dobre samopoczucie.

Po co iść do seksuologa? Czego możesz się spodziewać?

Rozmowa z seksuologiem może być jednym z ważniejszych kroków w odzyskiwaniu komfortu po leczeniu raka szyjki macicy. To przestrzeń, w której możesz przyjrzeć się swojej seksualności z nowej perspektywy – bez presji, bez wstydu, z uważnością na siebie.

Seksuolog pomoże Ci:

- ▶ zrozumieć zmiany, które zaszły w Twoim ciele i życiu intymnym (np. suchość pochwy, ból przy zbliżeniu, spadek libido),
- ▶ zaopiekować się emocjami – takimi jak lęk, wstyd, niepewność, czy trudności w zaakceptowaniu ciała,
- ▶ odzyskać bliskość – zarówno w relacji z partnerem, jak i z samą sobą,
- ▶ poprawić komunikację w związku, odbudować zaufanie i intymność,
- ▶ odnaleźć komfort seksualny – na nowych zasadach, we własnym tempie, z łagodnością,
- ▶ a przede wszystkim – otrzymasz konkretne, praktyczne wskazówki, jak radzić sobie z trudnościami, które mogą pojawić się po leczeniu.



***Rozmowa z seksuologiem to nie powód
do wstydu – to wyraz troski o siebie.***

Masz prawo do bliskości, miłości i pełni życia – również w czasie choroby i po niej. Twoja seksualność nie znika – może się zmieniać, dojrzewać, ale nadal jest Twoja.

Kiedy można wrócić do aktywności seksualnej?

Powrót do życia seksualnego po leczeniu raka szyjki macicy to kwestia bardzo indywidualna. Wpływ ma na to wiele czynników, m.in.:

- ▶ stopień zaawansowania choroby (czy nowotwór był ograniczony do szyjki macicy, czy objął inne narządy),
- ▶ rodzaj zastosowanego leczenia (operacja, radioterapia, chemioterapia, leczenie skojarzone),
- ▶ tempo gojenia się tkanek,
- ▶ ogólny stan zdrowia i samopoczucie psychiczne.

Nie ma jednej odpowiedzi dla wszystkich. Dlatego tak ważne jest, aby skonsultować

się z ginekologiem prowadzącym. To właśnie on – znając przebieg Twojego leczenia i proces rekonwalescencji – może bezpiecznie ocenić, kiedy i w jaki sposób można wrócić do aktywności seksualnej.

Jeśli masz wątpliwości – pytaj. Masz prawo do informacji, komfortu i decyzji podejmowanych w zgodzie z własnym ciałem i gotowością.

Jeśli masz wątpliwości – pytaj. Masz prawo do informacji, komfortu i decyzji podejmowanych w zgodzie z własnym ciałem i gotowością.

Nie mam ochoty na seks. Czy to normalne?

Tak. To normalne.

Po leczeniu onkologicznym wiele kobiet nie odczuwa potrzeby bliskości fizycznej – i nie ma w tym nic złego. Czasem za brakiem ochoty kryje się:

- ▶ lęk przed bólem,
- ▶ obniżona samoocena,
- ▶ zmęczenie,
- ▶ zmiana relacji,
- ▶ smutek po utracie dawnego ciała i funkcji.

Co wtedy? Warto iść po pomoc. Razem.

Z partnerem, partnerką, samodzielnie – do seksuologa, psychologa, terapeuty. Bo to nie jest „wasza wina”. To historia, którą trzeba wysłuchać, zrozumieć i otoczyć troską. I nawet jeśli dziś jesteś w miejscu, gdzie nie czujesz bliskości – to może się zmienić. Na Twoich zasadach. Z czasem. I ze wsparciem.

Zmiany anatomiczne, hormonalne i fizjologiczne po leczeniu

Leczenie zaawansowanego raka szyjki macicy często obejmuje histerektomię (usunięcie macicy), a także jajników. W efekcie dochodzi do przedwczesnej menopauzy, która pojawia się nagle i bywa bardzo dokuczliwa, jeżeli operacja była

wykonana przed wystąpieniem naturalnej menopauzy (przed ok 51-52 r.ż.).

Objawy przedwczesnej menopauzy to m.in.:

- ▶ uderzenia gorąca i nocne poty,
- ▶ suchość pochwy, ból przy współżyciu,
- ▶ zaburzenia snu, drażliwość, spadek libido,
- ▶ obniżenie nastroju i wahania emocjonalne,
- ▶ zaburzenia pamięci i koncentracji,
- ▶ postępująca utrata masy mięśniowej i gęstości kości (osteoporoza),
- ▶ problemy z elastycznością skóry i błon śluzowych,
- ▶ nawracające infekcje dróg moczowych i pochwy.

Szczególny problem: Nawracające infekcje pęcherza.

Spadek poziomu estrogenów może prowadzić do częstszych infekcji pęcherza, ponieważ:

- ▶ śluzówka pochwy i cewki moczowej staje się cieńsza i mniej odporna na mikrourazy,
- ▶ obniża się stężenie pałeczek kwasu mlekowego,
- ▶ flora bakteryjna pochwy zostaje zaburzona, podnosi się pH, jest więcej infekcji bakteryjnych.

To może pomóc:

- ▶ miejscowa terapia estrogenowa (kremy, globulki), jeżeli ginekolog nie widzi przeciwwskazań,
- ▶ lubrykanty intymne i probiotyki dopochwowe,
- ▶ nawadnianie, dbanie o higienę i odpowiednie nawyki,
- ▶ preparaty z D-mannozą, żurawiną, pałeczkami *Lactobacillus*.

Co z hormonami? Czy można stosować HTM (Hormonalną Terapię Menopauzalną)?

Tak – w wielu przypadkach można i warto rozważyć Hormonalną Terapię Menopauzalną, nawet po leczeniu onkologicznym. Warunkiem jest konsultacja

z lekarzem prowadzącym i seksuologiem, a także dobór formy terapii.

HTM może pomóc:

- ▶ złagodzić uderzenia gorąca i nocne poty,
- ▶ poprawić jakość snu, nastrój i libido,
- ▶ odbudować komfort w życiu seksualnym,

Nie każda pacjentka kwalifikuje się do HTM – ale warto o to zapytać, bo może to radykalnie poprawić jakość życia i przywrócić komfort.

Suchość pochwy i bolesny seks – jak odzyskać komfort?

Suchość pochwy i ból podczas zbliżeń to jedno z najczęstszych skutków ubocznych leczenia raka szyjki macicy. Mogą pojawić się już w trakcie terapii (szczególnie po radioterapii, brachyterapii czy usunięciu jajników), a także długo po jej zakończeniu. Nie są to jednak objawy, które „trzeba przetrwać”. Można – i warto – zadbać o komfort w życiu intymnym, niezależnie od tego, na jakim etapie jesteś.

Skąd się bierze suchość pochwy?

Najczęstszą przyczyną jest nagły spadek estrogenów – wskutek usunięcia jajników lub działania radioterapii. Śluzówka pochwy staje się wtedy:

- ▶ cieńsza i mniej elastyczna,
- ▶ bardziej podatna na mikrourazy,
- ▶ pozbawiona naturalnego nawilżenia,
- ▶ bardziej wrażliwa na ból, tarcie i infekcje.

Suchość pochwy może pojawić się także w wyniku napięcia mięśni dna miednicy, stresu, lęku przed bólem lub długiej przerwy od współżycia.

Ból podczas współżycia – dlaczego się pojawia?

Ból przy penetracji (dyspareunia) może mieć różne przyczyny:

- ▶ zmiany anatomiczne po operacji (krótsza pochwa, zwężenia, zrosty),

- ▶ suchość pochwy, która nasila tarcie,
- ▶ powikłania po radioterapii (zwłóknienia, blizny),
- ▶ nadmierne napięcie mięśni (nawet nieświadome),
- ▶ lęk, stres, negatywne skojarzenia z bólem.

Często pacjentki mówią: „Boję się, że znów będzie bolało”. Ten lęk bywa silniejszy niż sam ból – i prowadzi do unikania bliskości. A to całkowicie zrozumiałe. Właśnie dlatego warto zadbać o ciało i emocje równocześnie.

Jak sobie pomóc z suchością pochwy i bólem?

Nawilżacze i lubrykanty

- ▶ Codzienne stosowanie preparatów nawilżających (np. z kwasem hialuronowym),
- ▶ Lubrykanty intymne na bazie wody lub silikonu przy każdej aktywności seksualnej.

Estrogenoterapia dopochwowa lub prasteron

- ▶ Kremy, globulki, dostępne na receptę, stosowane miejscowo,
- ▶ Pomagają odbudować nabłonek pochwy i przywracają jej elastyczność.

Można je stosować po konsultacji z lekarzem, także po leczeniu onkologicznym.

Dilatatory dopochwowe

- ▶ Specjalne rozszerzacze pochwy (np. silikonowe),
- ▶ Pomagają zachować elastyczność tkanek, zapobiegają zrostom,
- ▶ Zalecane przez fizjoterapeutki uroginekologiczne i seksuolożki.

Używane regularnie, w sposób bezpieczny i bez pośpiechu.

Fizjoterapia dna miednicy

- ▶ Terapia napięcia, masaż tkanek, nauka relaksacji,
- ▶ Pomaga, gdy ból wynika z napięcia mięśni lub unikania współżycia.

Wsparcie psychologiczne i seksuologiczne

- ▶ Praca z emocjami: lękiem, złością, poczuciem „straty” kobiecości,
- ▶ Wzmacnianie poczucia bezpieczeństwa w relacji,
- ▶ Odbudowa bliskości, która nie zaczyna się od seksu – ale od rozmowy, dotyku, obecności.

Pamiętaj. Nie jesteś „trudną pacjentką”, która przesadza. Jesteś kobietą, która przeszła wiele – i zasługuje na komfort, czułość i odzyskanie bliskości w swoim tempie.

Rozmawiaj z lekarzem. Szukaj pomocy. Nie bój się zadawać pytań – o hormony, o ćwiczenia, o seks. Masz do tego pełne prawo. A Twoja seksualność – choć być może inna niż kiedyś – nadal jest Twoja. I nadal może dawać Ci radość.

O co warto spytać lekarza?

- ▶ Czy mogę się masturbować?
- ▶ Czy już mogę używać dilatatory (rozszerzacze pochwy)?
- ▶ Czy już mogę współżyć?
- ▶ Jak masować pochwę i jakie narzędzia są do tego przydatne?

Pacjentka po chemioterapii – ciało, kobiecość i bliskość

Chemioterapia to jedna z podstawowych metod leczenia raka szyjki macicy, szczególnie w bardziej zaawansowanych stadiach choroby lub w przypadku nawrotu. Choć jej celem jest ratowanie życia, niesie ze sobą szereg skutków ubocznych – nie tylko fizycznych, ale też psychicznych i emocjonalnych.

Jak wpływa na ciało i poczucie kobiecości?

Pacjentki często zgłaszają:

- ▶ wypadanie włosów – jeden z pierwszych widocznych objawów leczenia,
- ▶ zmiany skórne i paznokci,

- ▶ utratę lub przyrost masy ciała – co może wpływać na samoocenę,
- ▶ chroniczne zmęczenie i brak energii – które utrudniają codzienne funkcjonowanie i dbanie o siebie,
- ▶ zaburzenia miesiączkowania lub menopauzę indukowaną leczeniem,
- ▶ spadek libido – często związany ze zmęczeniem, zaburzeniami hormonalnymi i emocjami.

To nie Twoja wina, że Twoje ciało się zmieniło.

W niektórych przypadkach można rozważyć, pod ścisłą kontrolą lekarza, terapię wspomagającą, np. testosteronem, który może wspierać libido i vitalność.

Seksualność po leczeniu – nie zniknęła, ale się zmieniła

„Największym problemem, który zgłaszają moje pacjentki, jest trudność z akceptacją swojego ciała po leczeniu – zwłaszcza zmian w pochwie i szyjce macicy” – mówi dr Monika Łukasiewicz, seksuolog. - „Ale to nie jest tak, że seksualność znika. Ona może się zmienić, ale nadal jest Twoja. I nadal masz do niej prawo.”

Kiedy partner się wycofuje

Wielu mężczyzn (lub partnerek) boi się współżyć po leczeniu onkologicznym. Obawiają się, że sprawią ból, że zrobią „coś nie tak”. Pojawia się u nich również stres, czasem zaburzenia erekcji lub całkowite wycofanie się z życia seksualnego.

Nie wynika to z braku miłości, ale z niewiedzy i lęku, które da się oswoić – jeśli tylko się o nich rozmawia.

Warto:

- ▶ zaprosić partnera do rozmowy,
- ▶ skorzystać z pomocy psychologa lub seksuologa,
- ▶ pamiętać, że bliskość to nie tylko seks – ale także dotyk, czułość, wspólne bycie.

To nie Twoja wina, że Twoje ciało się zmieniło.

Masz prawo czuć się zagubiona. Masz prawo szukać pomocy. I masz pełne prawo do życia seksualnego – innego niż wcześniej, ale nadal pięknego, świadomego, opartego na zaufaniu i trosce.

Zmiany w odczuwaniu przyjemności seksualnej po operacji

Po operacji onkologicznej w obrębie narządów płciowych – zwłaszcza po histerektomii w trakcie leczenia raka szyjki macicy – wiele kobiet zauważa zmiany w odczuwaniu przyjemności seksualnej. To doświadczenie jest częste, ale rzadko omawiane – dlatego warto o nim mówić otwarcie.

Skąd biorą się te zmiany? Mogą wynikać zarówno z przyczyn fizycznych, jak i psychicznych:

- ▶ Uszkodzenia nerwów wokół łechtaczki mogą osłabić reakcję na stymulację i utrudniać osiągnięcie orgazmu.
- ▶ Przedwczesna menopauza i związany z nią niedobór estrogenów i testosteronu mogą osłabić nawilżenie pochwy i obniżyć wrażliwość seksualną.
- ▶ Zmiana anatomii pochwy – np. jej skrócenie po operacji – wpływa na odbiór doznań. Jeśli wcześniej kobieta odczuwała orgazm głównie poprzez stymulację szyjki macicy lub tylnego sklepienia pochwy („cul-de-sac”), usunięcie szyjki może znacząco zmienić jej seksualną mapę ciała.

To nie oznacza końca przyjemności. To oznacza, że Twoje ciało potrzebuje czasu, wsparcia i nowego odkrywania.

Lęk przed bólem – jak go oswoić?

Lęk przed bólem podczas seksu po leczeniu onkologicznym jest całkowicie naturalny. Dotyczy wielu kobiet – i może bardzo utrudniać powrót do życia seksualnego. Jeśli seks kojarzy się z bólem, ciało samo się napina, a napięcie pogłębia dyskomfort. Ważne, by:

- ▶ nie rezygnować z bliskości całkowicie,
- ▶ nie zmuszać się do niczego, na co nie jesteś gotowa,
- ▶ szukać pozycji, które są bezpieczne i delikatne.

Dla kobiet w okresie rekonwalescencji często polecane są pozycje z ograniczoną głębokością penetracji, np. „na łyżeczkę” (od tyłu, w pozycji bocznej) – które dają większą kontrolę nad ciałem i mniej ucisku na okolice miednicy.

Dobra wiadomość? Z przyjemnością można się zaprzyjaźnić na nowo. Inaczej. Wolniej. Z większą uważnością. Ale nadal z radością. Nie musisz „wracać do tego, co było”. Możesz stworzyć coś nowego, bez porównań, bez presji, bez wstydu. Z troską. Z czułością. Z oddechem.

Na koniec, to co naprawdę się liczy

1. Rozmowa z partnerem. Otwartość i szczerść to podstawa. Warto podzielić się swoimi obawami, emocjami i granicami. Takie rozmowy zmniejszają napięcie i budują poczucie bezpieczeństwa, które jest niezbędne w odbudowie bliskości.
2. Stopniowe odzyskiwanie intymności. Nie trzeba od razu wracać do seksu penetracyjnego. Czasem warto zacząć od przytulania, całowania, masażu, wspólnego oddechu. Zaufanie do ciała i relacji można budować krok po kroku.
3. Lubrykanty i nawilżacze – bez wstydu. Po leczeniu onkologicznym śluzówka pochwy może być sucha, wrażliwa, delikatna. Lubrykanty (na bazie wody lub silikonu) i nawilżacze stosowane regularnie mogą znacząco poprawić komfort i zredukować ból.
4. Konsultacja z lekarzem. Nie bój się mówić o problemach intymnych swojemu ginekologowi lub onkologowi. Czasem możliwe jest zastosowanie:
 - ▶ miejscowych estrogenów,
 - ▶ dilatatorów pochwy,
 - ▶ innych rozwiązań, które warto omówić indywidualnie.
5. Pomoc seksuologa lub psychologa. Lęk przed bólem, wstyd, obniżona samoocena – to wszystko można oswoić z pomocą specjalisty. Profesjonalna rozmowa pomoże zidentyfikować źródła trudności i znaleźć sposoby radzenia sobie.
6. Fizjoterapia dna miednicy. Fizjoterapia uroginekologiczna to skuteczna forma terapii bólu i napięcia. Pomaga rozluźnić mięśnie, poprawić ukrwienie i przywrócić komfort podczas współżycia.



Konsultacja merytoryczna:

mgr Katarzyna Grodzicka, fizjoterapeutka uroginekologiczna

Fizjoterapia i opieka pooperacyjna

Po operacji ginekologicznej, konsultacja z fizjoterapeutą uroginekologicznym jest ważna, aby wspomóc proces rekonwalescencji, poprawić funkcjonowanie układu mięśniowo-szkieletowego oraz zadbać o zdrowie narządów miednicy mniejszej. Taka wizyta w gabinecie powinna obejmować kilka ważnych kwestii dotyczących rehabilitacji i opieki pooperacyjnej.

Każdy fizjoterapeuta może pracować z bliznami, jednak może mieć trudności w pracy z dolegliwościami intymnymi. Fizjoterapeuta uroginekologiczny ma dużo większe doświadczenie i kompetencje w pracy z mięśniami dna miednicy oraz dolegliwościami układu moczowego, płciowego i wydalniczego, a także stosuje techniki przezpochwowe. Jednak jeżeli pacjentka z jakiegoś powodu nie może udać się do fizjoterapeuty uroginekologicznego, to jak najbardziej, każdy inny fizjoterapeuta bądź osteopata będzie na wagę złota.

Ćwiczenia pooperacyjne

Kiedy mogę zacząć ćwiczyć?

Po operacji ginekologicznej pierwsze ćwiczenia możemy rozpocząć już w pierwszej dobie po zabiegu. Na początku powinny to być ćwiczenia przeciwwzkrzepowe, tak aby wspomóc krążenie krwi i zapobiec zakrzepom oraz innym powikłaniom układu sercowo-naczyniowego. Dodatkowo warto włączyć ćwiczenia oddechowe, szczególnie takie, w których oddech kierowany jest do podbrzusza bądź do mięśni dna miednicy. Takie proste ćwiczenia to dobry sposób, aby wspomóc rekonwalescencję i gojenie się ran pooperacyjnych, poprawić samopoczucie pacjentki oraz zredukować ból. Jak najszybciej powinno się również rozpocząć ćwiczenia mięśni miednicy. Tutaj dobrze byłoby to skonsultować z fizjoterapeutą uroginekologicznym, jeszcze

przed wykonaniem zabiegu. Jeżeli takiej konsultacji wcześniej nie było, to warto taką odbyć, nawet tydzień, dwa tygodnie po zabiegu i wtedy dowiedzieć się, jak te ćwiczenia powinny być wykonywane. W międzyczasie można robić inne ćwiczenia, którymi nie zrobimy sobie krzywdy, takie jak na przykład wprowadzanie oddechu do podbrzusza bądź do krocza. W miarę możliwości pacjentka powinna też wykonywać inne ćwiczenia, nawet w obrębie łóżka np. delikatne mobilizacje oraz ćwiczenia, które będą miały działanie przeciwbólowe - tak, żeby po prostu nie musiała walczyć z bólem lub z różnymi innymi dolegliwościami bezpośrednio po zabiegu. W momencie kiedy występuje ból, można go również zmniejszyć przy pomocy ćwiczeń – tutaj, oprócz ćwiczeń oddechowych, wskazane są ćwiczenia na czworakach czy w leżeniu na boku, rotacje kręgosłupa, skłony, delikatne rozciąganie boków tułowia zwiększenie zakresu ruchu w obrębie bioder lub krążenia miednicą.

W pierwszych dniach po operacji możemy zacząć wprowadzać delikatne ćwiczenia wspomagające. Przykładamy sobie dłoń na podbrzuszu albo układamy ją sobie na kroczu i staramy się właśnie w to miejsce, przyłożoną rękę, kierować spokojny, głęboki wdech oraz spokojną, długą fazę wydechu. Oddech powinien być regularny, spokojny, naturalny, a nie wymuszony, wzmożony, intensywny. Powinien nas koić i wyciszać, a nie stymulować. Tym ćwiczeniem żadnej krzywdy sobie nie zrobimy, a uruchomimy tkanki i wspomozemy regenerację.

Jak sprawdzić czy ćwiczę poprawnie?

Jeżeli pacjentka chce mieć pewność, że prawidłowo wykonuje ćwiczenia mięśni dna miednicy, to najlepsze będą do tego wizualizacje, czyli na przykład wyobrażanie sobie, że w cewce moczowej, w pochwie i w odbycie mamy makaron, który chcemy wciągnąć, a później ten makaron delikatnie opuścić, obniżyć. Albo ewentualnie, że siedzimy na krześle, a pod naszym kroczem jest chusteczka i pochwą chcemy delikatnie tę chusteczkę unieść, po czym, równie delikatnie, odłożyć ją z powrotem.

Dobrym sposobem na sprawdzenie prawidłowości wykonywania ćwiczeń będzie przyłożenie dłoni na kroczu bądź nawet włożenie palca, np. kciuka do pochwy. Trzeba delikatnie ugiąć palec w pochwie i wtedy podczas wykonywania skurczu, powinniśmy poczuć, że coś ten palec delikatnie zasysa do środka, że buduje się napięcie pod naszym palcem i palec tak jakby wchodzi głębiej. Natomiast bardzo ważne jest

również wycucie tego, żeby po wykonaniu tego skurczu, po wciągnięciu tego palca, wyczuwalne ma być również to uczucie puszczenia, otwarcia, obniżenia, czyli że pod palcem robi się luźno, miętko. Na skurczu powinno być twarde, napięte, natomiast na rozluźnieniu miętko.

Ile ćwiczyć?

Częstość wykonywania ćwiczeń powinna być dobrana indywidualnie na podstawie badania dopochwowego. Jedna pacjentka będzie w stanie wykonać 10 powtórzeń prawidłowo, inna będzie w stanie tych powtórzeń wykonać 50, więc nie możemy dać każdej pacjentce jednego standardu, ponieważ jednej może to zaszkodzić, a dla drugiej może to być dawka niewystarczająca. Ćwiczenia warto robić częściej, ale w mniejszej ilości powtórzeń, na przykład trzy serie po 5-10 powtórzeń. Warto tutaj wspomagać się feedbackiem w postaci, na przykład, palca włożonego do pochwy. Dzięki temu będziemy zauważały, kiedy ta siła skurczu staje się słabsza, kiedy nasze mięśnie nie dają rady już tego skurczu wykonać, albo kiedy gubimy się w trakcie ćwiczeń, nie czujemy rozluźnienia. I to jest taki sygnał, że jest wystarczająco, że należy przerwać i ewentualnie można podejść do ćwiczeń ponownie, później w ciągu dnia.

Jakich ćwiczeń powinnam unikać?

Na pewno ruch to zdrowie, więc absolutnie nie można z niego całkowicie zrezygnować, bo może to nie dość, że źle wpłynąć na gojenie się rany i wystąpienie zrostów, ale może to również wpłynąć na samopoczucie pacjentki. Delikatne mobilizacje w obrębie na przykład łóżka w szpitalu, będą jak najbardziej wskazane. Trzeba natomiast w krótkim czasie po operacji unikać ćwiczeń siłowych, skoków, biegania oraz różnych sportów zespołowych, w których występuje ryzyko uderzenia bądź upadku.

Czy Internet to dobre źródło informacji? Internet jako źródło informacji o ćwiczeniach pooperacyjnych?

W dzisiejszych czasach wszyscy szukamy informacji w Internecie. Jest to dobre źródło odpowiedzi, aby dowiedzieć się więcej na temat ćwiczeń oddechowych i przeciwzakrzepowych, jednak jeżeli chodzi o ćwiczenia na mięśnie dna miednicy, to nie powinno się ich wykonywać według instrukcji z Internetu. W ćwiczeniach

mięśni dna miednicy nie chodzi tylko o skurcz, czyli zaciskanie mięśni, ale również o relaksację, czyli ich pełnowartościowe rozluźnienie, a to właśnie ten element jest często ignorowany w źródłach internetowych. Trzeba również pamiętać, że ilość powtórzeń oraz serii tych ćwiczeń należy dobrać indywidualnie, w związku z tym tutaj Internet na pewno nie będzie dobrym doradcą, ponieważ może prowadzić do różnych błędów. Najlepiej skonsultować się z fizjoterapeutką bądź lekarzem, który na pewno lepiej podpowie niż Google.

Rehabilitacja

Jak długo będzie trwała rehabilitacja?

Długość rehabilitacji pooperacyjnej zależy od stanu zdrowia pacjentki. Dobrym pomysłem jest rozpoczęcie rehabilitacji jeszcze przed zabiegiem, bo dzięki temu, że nauczymy się dobrze ćwiczyć, chociażby mięśnie dna miednicy, to już później, tak naprawdę chwilę po zabiegu będziemy mogły po te ćwiczenia sięgnąć i będziemy mogły wcześniej tę aktywność wdrożyć, co będzie korzystnie wpływać na naszą rekonwalescencję i szybszą rehabilitację. W dobrych przypadkach rehabilitacja będzie trwała około miesiąc, dwa po zabiegu. Natomiast czasami te konsekwencje trwają zdecydowanie dłużej i nawet może to być pół roku, rok po zabiegu. Wszystko zależy od objawów i od tego, jaki pakiet pacjentka miała od początku, bo jeżeli były jakieś dolegliwości uroginekologiczne jeszcze wcześniej, przed zbiegiem, to później, po zabiegu również jest dobry moment, żeby się z tego wyleczyć, więc ogólny czas trwania rehabilitacji zależy od sytuacji pacjentki. Warto również zaznaczyć, że ćwiczenia mięśni dna miednicy pacjentka powinna wykonywać jeszcze przez długi czas po zakończeniu rehabilitacji, a tak naprawdę najlepiej całe życie.

Ból

Jak poradzić sobie z bólem?

Prostą techniką na poradzenie sobie z bólem jest pracowanie z naszym oddechem, czyli wprowadzanie oddechu do miejsc bólowych po to, żeby zmobilizować i rozluźnić tkanki. Dobrym pomysłem są ciepłe bądź zimne okłady, ciepłe kąpiele czy strumień prysznica kierowany w bolesne miejsce albo delikatne techniki masażu. Jak jesteśmy

***Powrót do formy
po operacji
nie wygląda
tak samo dla
wszystkich.
Liczy się to,
w jakiej kondycji
byłaś wcześniej.
Dynamiczne
ćwiczenia –
dopiero po ośmiu
tygodniach.
Na początku
skup się na
oddechu,
mobilności
i delikatnym
wzmacnianiu.***

pod opieką fizjoterapeuty uroginekologicznego bądź każdego innego fizjoterapeuty, to możemy się z nim skonsultować i poprosić, żeby pokazał nam jakieś techniki pracy w obrębie blizny, które mogą ten ból zmniejszyć.

Można przyłożyć sobie dłonie na dolne żebra i podczas oddechu powinniśmy czuć, że te dłonie podczas wdechu delikatnie rozchodzą się na boki, do przodu oraz do tyłu. Natomiast podczas wydechu, jak magnes te dłonie schodzą nam się troszeczkę, tak jakby do środka - zwiększamy i zmniejszamy obwód naszych dolnych żeber. W tym procesie nie powinien być zbyt widoczny duży ruch klatką piersiową ani brzuchem. Innym sposobem są takie ćwiczenia oddechowe, które kierowane bezpośrednio do miejsca bólu bądź do miejsca blizn pooperacyjnych, czyli właśnie przykładanie dłoni na podbrzuszu, tak żeby poczuć, że podczas wdechu brzuch unosi się do góry, a podczas wydechu delikatnie opada. Tak samo w przypadku krocza – układając dłoń na kroczu powinniśmy czuć delikatne wypieranie krocza w kierunku dołu na wdechu i minimalne unoszenie w kierunku głowy na wydechu.

Aktywność fizyczna

Kiedy mogę wrócić do aktywności fizycznej?

Powrót do aktywności fizycznej po operacji ginekologicznej będzie przede wszystkim zależał od stopnia wytrenowania pacjentki przed zabiegiem. Jeżeli kobieta była superaktywna fizycznie i kilka razy w tygodniu uprawiała trening siłowy, to na pewno wróci ona do sprawności wcześniej niż osoba, która nigdy nie



nie trenowała i chciałaby taką aktywność fizyczną dopiero po zabiegu rozpocząć. Dlatego będzie to na pewno determinowane naszym zdrowiem i naszą aktywnością fizyczną, którą miałyśmy przed zabiegiem. Trudniejsze aktywności fizyczne typu właśnie bieganie, podnoszenie ciężarów czy jakieś bardziej dynamiczne ćwiczenia, można zacząć dopiero ok. osiem tygodni po zabiegu. Wcześniej należy postawić na ćwiczenia mobilności, elastyczności, oddechowe, poprawiające krążenie i kontrolę naszego ciała oraz bardzo delikatne wzmacnianie.

Blizny

Jak można zapobiec bliznom i zrostom pooperacyjnym?

Najlepszym sposobem na zapobieganie bliznom i zrostom jest prerrehabilitacja, czyli wcześniejsze, przedoperacyjne opracowania tkanek i napięć mięśni w obrębie brzucha, krocza, miednicy oraz bioder. Prerrehabilitacja będzie na pewno miała duże znaczenie w szybszym gojeniu się tkanek po zabiegu oraz w występowaniu mniejszych zrostów i lepszemu wyglądowi, i funkcjonalności blizny. Warto również, już od następnego dnia

po zabiegu, wdrażać bardzo delikatne mobilizacje blizny, delikatne uciski dookoła niej, które spowodują, że krew będzie lepiej krążyła oraz obrzęk będzie szybciej odprowadzany. Już 5-7 dni po zabiegu możemy wprowadzać troszeczkę mocniejsze techniki mobilizacji, które świetnie powinny wpłynąć na funkcjonowanie oraz wygląd blizny. W mobilizacji blizny chodzi o to, żeby ślizgała się ona w każdym kierunku i jak najbardziej swoją strukturą przypominała zdrową tkankę. Znaczenie będzie miała również dieta, regeneracja oraz sen po zabiegu. Niestety blizny lubią długofalowe powikłania, nawet jeśli wyglądają na pierwszy rzut oka dobrze, dlatego najlepiej byłoby skorzystać z wizyty fizjoterapeuty albo bezpośrednio po zabiegu, w trakcie pobytu jeszcze w szpitalu, albo chociaż te dwa tygodnie po zabiegu, już prywatnie we własnym zakresie. Często ignorujemy fakt operacji i zbyt szybko wracamy do normalnego funkcjonowania, podnosimy ciężkie rzeczy, nie dbamy o dietę, o sen i tkanki zaczynają nam źle pracować, więc tutaj bardzo mocno uczulam, żeby o tę regenerację zadbać najlepiej, jak potrafimy.

Czy szczotkowanie blizny to dobry pomysł?

Szczotkowanie to dobra stymulacja tkanek, która rewelacyjnie wpływa na poprawę czucia w obrębie blizny. Musimy jednak pamiętać, że zbyt intensywne szczotkowanie może powodować, że blizna będzie się nabudowywać, i może pojawić się bliznowiec. Trzeba być ostrożnym i poczekać minimum 4-6 tygodni po zabiegu, kiedy już strupki odpadną i kiedy blizna będzie w 100% zagojona. Możliwość szczotkowania blizny warto skonsultować ze specjalistą.

Życie po operacji

Jakie mogą mieć problemy po operacji?

Typową dolegliwością, która może świadczyć o jakichkolwiek chorobach w obrębie układu moczowo-płciowego będzie nietrzymanie moczu. Nietrzymanie moczu może być wysiłkowe np. pod wpływem kaszlu, kichnięcia bądź jakiegokolwiek aktywności fizycznej, ale również na przykład podczas zwykłego spaceru. Wszystko w zależności od tego, który stopień nietrzymania moczu nas dotyka. Również nieprawidłowe parcie na mocz, czyli brak czucia parcia na mocz albo częste zbyt intensywne parcie na mocz, konieczność parcia w trakcie oddawania moczu, trudności z rozpoczęciem

mikcji (oddawania moczu), uczucie zalegania moczu po mikcji - to są właśnie sygnały, które mogą świadczyć o tym, że coś w naszych mięśniach dna miednicy oraz w tym mechanizmie nie do końca dobrze działa. Wzmoczone parcia na stolec, nietrzymanie stolca, gazów, uczucie zalegania stolca - również jest często spotykane i może świadczyć o zaburzeniach w obrębie kompleksu dna miednicy. W późniejszym czasie, może również wystąpić ból bądź dyskomfort w trakcie stosunku, a nawet osłabienie odczuć seksualnych, jakiegokolwiek dolegliwości bólowe w obrębie krocza, miednicy, brzucha, ale również pleców oraz bioder. Warto również wspomnieć o odczuciu ciężkości w kroczu, wrażeniu jakby „coś opadało”. Wszystko to może być związane z wystąpieniem blizn albo napięć w obrębie miednicy mniejszej lub zaburzeniami statyki.

Czy muszę regularnie kontrolować stan miednicy?

Warto, żeby każda kobieta chociaż raz przebadła swoje mięśnie dna miednicy w badaniu przezpochwowym, dzięki czemu będzie można indywidualnie dobrać ćwiczenia pod możliwości pacjentki i zalecić konkretne ilości powtórzeń. Nie zwlekajmy z wizytą, konsultujmy każdy objaw od razu, ponieważ im mniejsze nasilenie objawów, tym szybciej będziemy w stanie pacjentkę wyleczyć.

Co zrobić aby poprawić swoje życie w obrębie układu moczowo-płciowego?

Każda z nas powinna zadbać o swoją intymność i zdrowie seksualne. Warto byłoby zacząć od tego, co robimy najczęściej w naszym życiu w ciągu dnia, czyli oddawanie moczu. Kobieta w ciągu dnia powinna robić siku około 6-8 razy oraz maksymalnie raz w nocy, nie więcej, nie mniej. Jeżeli chodzimy do toalety zbyt rzadko, to może to oznaczać, że przetrzymujemy mocz, co negatywnie wpływa na pęcherz i sprzyja wystąpieniu infekcji układu moczowego. Natomiast jeżeli do toalety chodzimy zbyt często, robimy siku na zapas, bądź wtedy, kiedy nie parcie, a sytuacja to na nas wymusza, to może to spowodować, że nasz pęcherz coraz częściej będzie reagował parciem na coraz mniejsze ilości moczu i to może doprowadzić do częstomoczu, uczucia zalegania moczu, a także do nawracających infekcji układu moczowego. Tutaj ważne jest, żeby nie przeć w trakcie oddawania moczu ani na początku oddawania

moczu, ani w trakcie, ani na koniec, bo to może powodować złą pracę mięśni dna miednicy, która będzie się przekładała na późniejsze inne dolegliwości, nawet na nietrzymanie moczu, więc absolutnie nie pospieszamy strumienia moczu, ale również, nie przetrzymujemy go dłużej niż mniej więcej 3h. Starajmy się również przyjąć odpowiednią pozycję w trakcie tej czynności, czyli swobodna pozycja siedząca na toalecie z wyprostowanymi plecami, i co bardzo ważne, o czym często zapominamy, to również to, żeby stopy były płasko postawione na podłodze. Kobietom, niestety, często się zdarza robić siku w pozycji półprzysiadu, co prowokuje siłowe oddanie moczu, a to z kolei może prowadzić do zaburzeń mięśni dna miednicy oraz wystąpienia różnych chorób i dolegliwości. Idąc dalej tym tropem, warto byłby również przyjąć odpowiednią pozycję w trakcie wypróżnienia, czyli taką pozycję ze stołeczkiem pod stopami. Dzięki temu kolana są powyżej bioder i możemy wtedy użyć mniejszego parcia, mięśnie dna miednicy są mniej obciążone, a to sprzyja naszemu zdrowiu intymnemu. I takie podstawowe zalecenie dobre dla każdej kobiety, niezależnie od wieku, to kaszel oraz kichanie ze skrętem, rotacją kręgosłupa, czyli jakby do boku, za siebie, dzięki temu ciśnienie, które jest wywierane w trakcie tego kaszlu bądź kichania nie wpływa tak mocno na tkanki krocza.

Kampania RSM – Nastawienie na leczenie powstała, aby:

- ▶ **Przełamać tabu wokół trudnych tematów, takich jak seksualność, psychika i jakość życia w trakcie leczenia.**
- ▶ **Edukować i wspierać – zarówno same pacjentki, jak i ich bliskich, w zrozumieniu procesu leczenia i znaczenia wsparcia wielospecjalistycznego.**
- ▶ **Budować pozytywne nastawienie do leczenia i życia z chorobą, mimo trudnej diagnozy.**
- ▶ **Wzmocnić głos pacjentek w systemie – dać im przestrzeń do dzielenia się swoimi doświadczeniami i potrzebami.**

W ramach kampanii powstał poradnik skierowany dla pacjentek chorych na zaawansowanego raka szyjki macicy oraz ich bliskich, powstała zakładka dedykowana temu projektowi na stronie www.onkocafe.pl, gdzie można bezpłatnie pobrać poradnik.

Do udziału w kampanii oprócz znakomitych ekspertów zaprosiliśmy także pacjentki, które dzielą się swoimi doświadczeniami i dają nadzieję innym chorym. Filmy z ich udziałem będziemy publikować zarówno na stronie internetowej Fundacji oraz w naszych social mediach. Na stronie znajdziecie również listę ośrodków, które realizują program lekowy B.159.

Organizatorem kampanii jest Fundacja OnkoCafe – Razem Lepiej, która wspiera osoby chore onkologicznie oraz ich bliskich. Fundacja powstała z potrzeby stworzenia przestrzeni do rozmowy, edukacji i wymiany doświadczeń. Działa na rzecz poprawy jakości życia pacjentów, promując dostęp do nowoczesnego leczenia, wsparcia psychologicznego oraz partnerskiego podejścia w opiece zdrowotnej. Aktywnie uczestniczy w debacie publicznej, współpracując z ekspertami i decydentami, aby realnie wpływać na kształt systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Projekt został sfinansowany z grantu edukacyjnego przekazanego przez firmę Medison.





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

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

onkocafe.pl • badajbiust.pl • breastfit.onkocafe.pl • prostatahistoria.pl •
mundurniezbroya.pl • onkopomocnik.pl • rozowypatrol.pl

organizacja
pożytku
publicznego

KRS 0000504682



onkocafe.pl

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