

NOWOTWÓR PROSTATY PORADNIK PACJENTA



KAMPANIA EDUKACYJNA
NA TEMAT RAKA PROSTATY

 **PROSTATA
na lata**

ORGANIZATOR

PARTNERZY HONOROWI

PARTNER





*„Mit choroby
jest czasem gorszy
od samej choroby”*

Susan Sontag (1933–2004)

Wstęp

**Początek choroby zwykle przychodzi jak grom z jasnego nieba. Niespodziewany i nieoczekiwany.
Pierwsze objawy, oczekiwanie, diagnoza...**

Poznanie

Choroba, to nowe doświadczenie w życiu każdego człowieka. Spotkania z lekarzami pierwszego kontaktu, specjalistami, urologami, onkologami, godziny w poczekalniach przychodni i szpitali. Z tyłu głowy zasłyszana fraza „rak to nie wyrok”. Diagnoza choroby nie przesądza o niczym, nie skreśla planów, aspiracji, ambicji. Wręcz przeciwnie – potęguje do działania i determinuje do walki o siebie. Przyczynia się do zdrowienia pacjenta, wyznacza nowy początek długiej drogi po zdrowie. Pobyty w szpitalu, operacje, prowadzone badania, długi okres leczenia farmakologicznego, potęgują skrajne emocje, takie jak strach, lęk, obawa, czy poczucie winy. Świadomość choroby i odrobina woli walki, w połączeniu z terapią farmakologiczną, czynią cuda. Emocje należy ośwoić, nauczyć się ich na nowo. Próbować z nimi żyć. Poznawać swoje słabości i obracać je, jako mocną kartę przetargową – wiarę w powodzenie leczenia.

Determinacja otoczenia

Nowotwór nie jest chorobą jednego człowieka. Mimo, iż dotyka on bezpośrednio jedną osobę, niesie ze sobą znamiona odpowiedzialności za drugiego. Emocjonalnie choroba przekłada się na najbliższych. Brzemie odpowiedzialności spada na rodzinę i przyjaciół. Nikt nie jest przygotowywany do walki z chorobą i jej konsekwencjami. Żadne podręczniki nie uczą zachowań w stanach ekstremalnych. Proces zdrowienia pacjenta wymaga dużo cierpliwości i wytrwałości u każdej ze stron. Pomocne w takich sytuacjach są konsultacje z psychologami lub psychoonkologami, którzy w nieinwazyjny sposób pomagają przejść przez trudny okres. Z problemem nie można pozostać samemu.

Konsultacje

Zanim udasz się na kolejną konsultację ze swoim lekarzem warto, byś zapamiętał kilka podstawowych aspektów. Po pierwsze **Tvoja wizyta zaczyna się w domu**. To właśnie tam, sam na własną rękę oceniasz to, co już wiesz na swój temat. Jaką posiadasz wiedzę o stanie choroby? Dobrze, jeśli przed wizytą zanotujesz wszystkie pytania, które chcesz zadać lekarzowi. To usprawni wizytę, która będzie interakcją ze specjalistą.

Po drugie istotne jest, abyś **rozwiązał wszelkie wątpliwości związane z chorobą – konsultuj wiedzę i pomysły z lekarzem**. Po przekroczeniu progu gabinetu nie bój się zadawać pytań. Lekarz jest od tego, by Ci pomóc. Śmiało konsultuj z nim zdobytą przez siebie wiedzę. Zadawaj pytania nt. leczenia, nowych form terapii czy możliwości wspomagania leczenia środkami nefarmakologicznymi. Analizujcie razem Twój plan na zdrowienie. Zastanów się też nad możliwością skorzystania z **pomocy osoby wspierającej**.

Zazwyczaj lekarze pozwalają na zabranie ze sobą na spotkanie zaufanej osoby – żony, przyjaciela. **Przełamanie wstydu i tematów tabu choroby pomaga w świadomym zdrowieniu**. Warto zaznaczyć, że taka osoba w gabinecie lekarskim pomoże Ci zapamiętać wiele istotnych aspektów z rozmowy z lekarzem. Nie od dziś wiadomo, że zdrowienie zaczyna się od małych rzeczy, zwykle różnych od szpitalnych korytarzy, tabletek, kroplówek, etc. Świadomość choroby i wola walki potęgują działanie medykamentów.



Opracowała: **mgr Mariola Kosowicz**



Nowotwór prostaty

Rak stercza (prostaty) jest w Polsce jednym z najczęściej występujących nowotworów u mężczyzn oraz trzecią przyczyną zgonów na choroby nowotworowe. Elementy tego nowotworu można spotkać w wieku około 50 lat u prawie 30% mężczyzn i 80% mężczyzn w wieku lat 80. Guz ten rozwija się stosunkowo powoli, niekiedy bezobjawowo. Początkowo objawy mogą sugerować łagodny rozrost stercza. Dlatego tak ważne jest wykrycie go w fazie, w której można leczyć go radykalnie i skutecznie. U znacznej części pacjentów, zwłaszcza chorych na nowotwór o niskim stopniu zaawansowania, choroba przebiega bezobjawowo.

Wczesnemu wykrywaniu raka stercza może służyć **regularne badanie gruczołu krokowego u urologa. Co najmniej**

raz w roku zaleca się je osobom, które przekroczyły 50. rok życia lub wcześniej, w przypadku pojawienia się objawów zaburzeń w oddawaniu moczu, lub wówczas, gdy w najbliższej rodzinie (ojciec, brat) odnotowano zachorowanie na raka stercza w młodym wieku.

Wielu mężczyzn odwleka wizytę u urologa. Spowodowane jest to zarówno skrzepowaniem, jak i brakiem podstawowej wiedzy na temat chorób stercza oraz możliwości ich leczenia.

Czynniki ryzyka

- otyłość,
- siedzący tryb życia,
- wstrzemięźliwość płciowa,
- stany zapalne dróg moczowych,
- czynniki genetyczne.

Objawy rozrostu stercza częściej rozpoznaje się u mężczyzn:

- spożywających dużą ilość mięsa, tłuszczu i małą ilość warzyw,

- spożywających nadmierne ilości mleka,
- stosujących używki powodujące obrzęk gruczołu krokowego, w tym alkohol (zwłaszcza wysokoprocentowy),
- spożywających nadmierną ilość ostrych przypraw,
- prowadzących stresujący tryb życia.

Nie zaobserwowano istotnego związku pomiędzy łagodnym rozrostem stercza, a paleniem papierosów.

Objawy

Prawdopodobieństwo zachorowania na raka gruczołu krokowego wzrasta po 50. roku życia. **Rak prostaty we wczesnej fazie nie powoduje żadnych dolegliwości.** Wykrycie go w tej początkowej, bezobjawowej fazie przez urologa, gwarantuje możliwość zastosowania radykalnej terapii zwiększającej prawdopodobieństwo pełnego wyleczenia. Dopiero zaawansowany rak powoduje dolegliwości, które mogą być podobne do tych, jakie obserwuje się również w łagodnym rozroście gruczołu krokowego.

Należą do nich:

- częstsze oddawanie moczu w nocy i w dzień,
- parcie na mocz typu naglącego,
- zaleganie moczu w pęcherzu, czy też całkowite zatrzymanie moczu.

W postaci rozsianej mogą dołączyć się objawy bólowe, a najczęstszym miejscem występowania przerzutów jest układ kostny.

Nie wolno ignorować żadnych dolegliwości ze strony układu moczowego, dlatego każdy mężczyzna po 50. roku życia powinien raz w roku zgłaszać się do urologa na badania kontrolne.

Badania profilaktyczne

Jednym z najbardziej skutecznych badań jest wykonywane przez urologa **badanie DRE, czyli badanie stercza przez odbytnicę (per rectum)**. Badanie to umożliwia ocenę wielkości gruczołu krokowego oraz ewentualne wczesne wykrycie zmian w obrębie stercza. Jest to badanie podstawowe, któremu mężczyźni powinni się poddawać **raz w roku**. Badanie przezrektalne najszybciej i stosunkowo bezbłędnie wykrywa miejscowe zmiany stercza o różnym charakterze.

Kolejnym krokiem w przypadku podejrzenia raka stercza lub określenia grupy ryzyka jest **badanie krwi**, w celu oznaczenia czynności nerek oraz badanie stężenia markera nowotworowego, charakterystycznego dla raka stercza – tzw. **antygen PSA**. Jego stężenie wzrasta głównie w raku stercza. Podwyższone stężenie PSA w surowicy krwi jest ważnym objawem i może służyć, w przypadku potwierdzenia diagnozy nowotworowej, do monitorowania postępu choroby. Dzięki badaniu PSA możliwe jest także wykrycie choroby w jej bezobjawowej fazie, a co za tym idzie podjęcie wczesnego najlepiej rokującego leczenia raka, zanim pojawią się przerzuty do węzłów chłonnych i kości.

Stopień opróżnienia pęcherza i obecność wcześniej opisanych powikłań można przeanalizować w oparciu o **ultrasonografię**, która umożliwia ocenę nerek, pęcherza moczowego, wymiarów stercza i objętości moczu, jaka pozostaje w pęcherzu po zakończeniu jego oddawania. Dokładne pomiary stercza oraz jego budowę można ocenić jedynie w ultrasonograficznym badaniu przezodbytniczym (TRUS). Podczas tego badania można przeprowadzić **biopsję** gruczołową stercza (ocena histopatologiczna). Jest ona konieczna w przypadku podwyższonego stężenia PSA.

Ocenę zaawansowania raka gruczołu krokowego umożliwia wykonanie badań obrazowych. **Scyntygrafia kości** jest standardowym badaniem oceniającym obecność przerzutów do układu kostnego, natomiast **tomografia komputerowa oraz rezonans magnetyczny** pozwalają na ocenę zaawansowania choroby i stwierdzenie ewentualnie przerzutów do innych narządów.

Leczenie

W leczeniu raka gruczołu krokowego, w zależności od stopnia zaawansowania oraz dodatkowych czynników określanych przez lekarza, możemy stosować:

- leczenie chirurgiczne,
- radioterapię,
- hormonoterapię,
- chemioterapię.

W niektórych, uzasadnionych, wypadkach można również wyłącznie obserwować pacjenta, aby podjąć odpowiednie kroki we właściwym momencie. O wyborze sposobu leczenia decyduje wiele czynników, m.in.: stopień zaawansowania choroby, stopień złośliwości nowotworu, schorzenia współistniejące oraz wiek chorego. Sposób leczenia w oparciu o wykonane badania wybiera lekarz prowadzący w porozumieniu z pacjentem.

W przypadku miejscowo zaawansowanego raka stercza najczęściej stosuje się **leczenie radykalne**, polegające na całkowitym usunięciu zmiany nowotworowej. Często oznacza to zabieg operacyjny – radykalną prostatektomię lub radioterapię. **Radioterapia** stanowi alternatywną metodę leczenia radykalnego lub może być stosowana jako leczenie uzupełniające po zabiegu operacyjnym.

Leczenie hormonalne polega na podawaniu długodziałających (średnio 3 miesiące) leków, które wstrzymują produkcję testosteronu, wpływającego na rozwój raka stercza. Hormonoterapia może być zastosowana zarówno we wczesnych stadiach choroby, jako leczenie wspomagające chirurgię lub radioterapię, jak i w postaci zaawansowanej. Do tego typu leczenia kwalifikuje lekarz urolog lub onkolog, w oparciu o wyniki badań dodatkowych (np. stężenie testosteronu, stężenie PSA czy badania radiologiczne). Po pewnym czasie dochodzi jednak do wytworzenia oporności raka stercza na działanie hormonów. Najczęściej, jako pierwszy objaw, obserwuje się wzrost stężenia PSA. Stanowi to wskazanie do rozważenia leczenia chemioterapią.

Nowoczesna chemioterapia redukuje zarówno dolegliwości bólowe związane z chorobą (ból kości itp.), popra-

wia jakość życia, obniża stężenie PSA, ale co najważniejsze, redukuje wielkość nowotworu i wydłuża przeżycie, co zostało potwierdzone w badaniach klinicznych. O leczeniu chemioterapią decyduje lekarz onkolog w oparciu o całkowity przebieg choroby i stan chorego. Ważne jest, aby podczas leczenia chemioterapią pacjent był pod stałą kontrolą swojego lekarza urologa, ponieważ ma to istotny wpływ na dodatkową poprawę jakości życia. W okresie pomiędzy jednym a drugim podaniem chemioterapii pacjent może przebywać w domu i prowadzić normalne życie.

Objawy uboczne pojawiające się podczas chemioterapii (tj. nudności, osłabienie, biegunka, gorączka itp.) należy zgłaszać lekarzowi, ponieważ większość z tych objawów stosunkowo łatwo można ograniczyć lub wręcz zlikwidować.



Pytania i odpowiedzi

1

Rozpoznano u mnie raka gruczołu krokowego. Jak będę leczony?

Decyzja o sposobie leczenia raka gruczołu krokowego zależy od wielu czynników. Najlepiej, jeżeli w jej podejmowaniu bierze udział wielodyscyplinarny zespół lekarzy: urolog, onkolog kliniczny i onkolog radioterapeuta. Najważniejszy jest wyjściowy stopień zaawansowania choroby – istotne jest, czy nowotwór jest ograniczony tylko do gruczołu krokowego, czy wychodzi poza stercz (prostatę), wreszcie czy pojawiły się przerzuty do innych narządów lub tkanek. Lekarz bierze pod uwagę wyjściowe stężenie tzw. antygenu

swoistego dla prostaty (PSA). Jest to substancja wydzielana przez gruczoł krokowy, a w zwiększonej ilości przez komórki nowotworu tego narządu. Jej stężenie oznacza się we krwi. Aby stwierdzić czy nie ma przerzutów wykonuje się badania rentgenowskie klatki piersiowej, USG jamy brzusznej, a jeżeli stężenie PSA jest wysokie, także scyntyografię kości. Scyntygrafia to badanie z użyciem specjalnego znacznika radioaktywnego, które pokazuje, czy nie ma przerzutów w kościach – takie zmiany przerzutowe intensywniej wychwytyją znacznik. Jest to badanie bezpieczne dla pacjenta, gdyż znacznik promieniotwórczy przestaje być aktywny w bardzo krótkim czasie. Bardzo ważnych danych dostarcza wynik badania mikroskopowego po biopsji prostaty. Na podstawie tych wszystkich informacji lekarz prowadzący (urolog, radioterapeuta lub onkolog) pomoże Panu podjąć decyzję o wyborze najlepszej dla Pana metody leczenia.

2 Czy raka prostaty można wyleczyć?

Tak, jeżeli choroba zostanie rozpoznana wcześniej, to znaczy wtedy, kiedy rak nie zdążył jeszcze rozprzestrzenić się poza gruczoł krokowy. Leczenie, które jest w stanie wyleczyć pacjenta z nowotworu nazywa się w onkologii leczeniem radykalnym. W przypadku raka prostaty są dwie metody leczenia radykalnego: chirurgia i radioterapia. Obydwie mają porównywalne wyniki jeśli chodzi o skuteczność, różnią się natomiast działaniami niepożądanymi. To, która z tych metod jest dla Pana lepsza, może zasugerować lekarz, biorąc pod uwagę wiek, obecność dodatkowych chorób (zwłaszcza nadciśnienia tętniczego, choroby wieńcowej, cukrzycy) czy przeciwwskazań do operacji. Bardzo istotne jest Pana zdanie na ten temat. Jeśli nie ma wyraźnych przesłanek medycznych na korzyść jednej lub drugiej metody, decyzja należy do Pacjenta.

3 Na czym polega leczenie operacyjne?

Operacja polega na usunięciu całego gruczołu krokowego, razem z przylegającymi do niego strukturami anatomicznymi. Cięcie chirurgiczne przebiega zazwyczaj tuż nad spojeniem łonowym. Cewkę moczową łączy się następnie z pęcherzem moczowym. Operacja taka nosi nazwę prostatektomii. Niedługo po zabiegu stężenie PSA powinno być bliskie zeru. Do najczęstszych ubocznych skutków prostatektomii należą: zaburzenia wzwodu i wytrysku, nietrzy-

manie moczu i zwężenie zespolenia pęcherza moczowego z cewką, co może prowadzić do zatrzymania moczu.

4 Na czym polega radioterapia?

Radioterapia polega na napromienianiu gruczołu krokowego przy użyciu specjalnych aparatów oraz technik. Całe leczenie trwa kilka tygodni. Przed rozpoczęciem leczenia lekarz onkolog radioterapeuta wyznacza pole do napromieniania. Dzienna dawka napromieniania, tzw. frakcja, to zaledwie kilka minut leżenia pod aparatem do radioterapii. Nie jest więc konieczne leżenie w szpitalu – można na radioterapię zgłaszać się ambulatoryjnie. Tak jak każda metoda leczenia, również radioterapia ma swoje działania niepożądane, tzw. odczyny popromienne. Zwykle dotyczą one układu moczowego (pieczenia, bóle przy oddawaniu moczu), końcowego odcinka przewodu pokarmowego (biegunki, bolesne wypróżnienia, krew w stolcu) lub skóry (suchość i złuszczenie skóry, przebarwienia). Odczyny popromienne mogą pojawić się już w trakcie leczenia, a także wiele miesięcy po jego zakończeniu. Zazwyczaj w większości przypadków radioterapia skojarzona jest z leczeniem hormonalnym, które rozpoczyna się zwykle na 3 miesiące przed radioterapią, jest kontynuowane w trakcie i często kilka miesięcy po radioterapii. Innym rodzajem radioterapii jest brachyterapia u chorych z małym zaawansowaniem choroby nowotworowej. Polega ona na wprowadzeniu poprzez wkłute przez krocze igły (zabieg wykonuje się w pełnym znieczuleniu) izotopu promieniotwórczego bezpośrednio w okolice guza. Zabieg ten zmniejsza prawdopodobieństwo wystąpienia objawów niepożądanych gdyż ogranicza tzw. pole napromieniania najczęściej wyłącznie do guza nowotworowego.

Radioterapia u pacjentów z rakiem prostaty może być nie tylko leczeniem radykalnym. Czasem może być zastosowana u pacjentów po prostatektomii, u których doszło do nawrotu (tzw. wznowy miejscowej), ale tylko w miejscu po usuniętej wcześniej prostatie. Jeżeli wystąpiły przerzuty do kości i związane z tym dolegliwości bólowe, można zastosować również napromienianie (jedną lub kilka frakcji) na konkretną okolicę zajęłą przerzutami, np. na odcinek kręgosłupa, miednicę czy żebra. Takie leczenie zmniejsza dolegliwości bólowe i zapobiega złamaniom kości osłabionych przez przerzuty nowotworowe. Możliwe jest również lecze-

nie paliatywne (ograniczające rozwój choroby oraz dolegliwości bólowe) za pomocą izotopu promieniotwórczego podawanego doustnie. O rodzaju terapii decyduje lekarz onkolog radioterapeuta.



Kiedy i w jakim celu stosuje się hormonoterapię?

Lekarz onkolog wybierze leczenie hormonalne wtedy, kiedy w momencie rozpoznania są obecne przerzuty lub bardzo wysokie PSA, a także zazwyczaj wtedy, kiedy dochodzi do nawrotu choroby po leczeniu radykalnym (operacji lub radioterapii). Rak gruczołu krokowego rozwija się szybciej pod wpływem męskich hormonów (testosteronu i dihydrotestosteronu), a założeniem leczenia jest obniżenie stężenia tych hormonów we krwi. Większość hormonów męskich produkowana jest w jądrach. Klasyczną stosowaną od wielu lat metodą hormonoterapii jest operacyjne usunięcie obu jąder (tzw. kastracja chirurgiczna). Zabieg ten jest stosunkowo prosty technicznie, jednak wielu mężczyzn nie godzi się na tę metodę z przyczyn psychologicznych.

Współcześnie dysponujemy lekami hormonalnymi, które doprowadzają do tzw. kastracji farmakologicznej – czyli również obniżają poziom męskich hormonów niemal do zera. Do terapii hormonalnej służą leki (implanty) podskórne podawane średnio co 12 tygodni. Istnieją również doustne leki hormonalne. O rodzaju terapii decyduje lekarz urolog lub onkolog. Po włączeniu leczenia hormonalnego stężenie PSA obniża się, a przebieg choroby zostaje spowolniony. Nie jest jednak możliwe całkowite wyleczenie, a tylko utrzymanie choroby pod kontrolą, nawet przez wiele miesięcy czy lat.

Jakie są wady hormonoterapii?

- utrata masy kostnej prowadząca do osteoporozy
- utrata masy mięśniowej i wzrost tkanki tłuszczowej
- uderzenia gorąca
- anemia
- depresja
- bolesne powiększenie piersi (ginekomastia)
- obniżenie popędu płciowego (libido)
- zaburzenia wzwodu (erekcji)

Do najczęstszych działań niepożądanych hormonoterapii należą: obniżenie popędu seksualnego, zaburzenia wzwodu, uderzenia gorąca, bolesne powiększenia piersi (ginekomastia). Długotrwała hormonoterapia prowadzi również do zaburzeń metabolicznych, z których szczególnie istotne jest nasilenie resorpcji kostnej mogące w konsekwencji prowadzić do ubytków masy kostnej (osteoporozy). Osłabienie kości może prowadzić do złamań i związanych z tym innych komplikacji i pobytów w szpitalu.

Leki, za pomocą których reguluje się procesy zachodzące w kościach to bisfosfoniany.



Jak zadbać o zdrowie kości w trakcie hormonoterapii?

Rekomendujemy:

- zapytać swojego lekarza o badanie mierzące gęstość kości (densytometria);
- przebywać na słońcu około 15 minut dziennie aby zaspokoić dzienne zapotrzebowanie na witaminę D;
- zwracać uwagę na występujący ból, jeśli trwa powyżej 7 – 10 dni należy skontaktować się z lekarzem;
- zwracać uwagę na dietę, należy spożywać pokarmy mleczne, zawierające wapń i witaminę D;
- systematycznie, codziennie ćwiczyć. Polecane jest zwłaszcza szybkie chodzenie, czy podnoszenie niewielkich ciężarków.



Kiedy stosuje się chemioterapię?

Do niedawna nowotwór złośliwy stercza był uważany za raka mało wrażliwego na chemioterapię. Ostatnie badania z nowymi lekami obaliły to twierdzenie.

Rozpoczęcie chemioterapii ma z reguły miejsce w momencie kiedy rak przestaje reagować na leczenie hormonalne i dochodzi do progresji choroby. Po pewnym okresie (okres ten może być różny dla każdego chorego), leczenia hormonalnego komórki nowotworu stają się na to leczenie odporne. Mówimy wtedy o hormonoopornym raku stercza. Pierwszym sygnałem, że tak się dzieje, jest zwykle systematyczny wzrost stężenia PSA. U chorych, u których PSA narasta powoli, czas od wzrostu PSA do wystąpienia przerzutów

może wynosić wiele miesięcy lub lat. Lekarz onkolog, na podstawie wcześniejszego przebiegu choroby, ocenia jak często powtarzać badania dodatkowe (scyntygrafia kości, zdjęcie rentgenowskie klatki piersiowej lub kości, USG jamy brzusznej) posługując się jednocześnie standardami wyznaczonymi przez międzynarodowe grupy ekspertów. Jeśli w badaniach stwierdza się nowe ogniska choroby, czyli przerzuty, to w wielu przypadkach mogą one nie powodować dolegliwości odczuwalnych przez pacjenta, wówczas decyzja o momencie podjęcia leczenia chemioterapią należy do lekarza onkologa. Zastosowanie chemioterapii może zmniejszyć dolegliwości bólowe, spowodować obniżenie stężenia PSA lub zahamować jego wzrost, poprawić jakość życia (np. usprawnić codzienne czynności wykonywane przez chorego) ale przede wszystkim wydłuża czas przeżycia. Decyzja o chemioterapii jest podejmowana przez lekarza onkologa w oparciu o cały obraz choroby, w tym stan chorego w danym momencie.

Chemioterapia jest leczeniem cytotoksycznym, a więc mogą wystąpić działania niepożądane. Najczęściej występuje osłabienie, nudności, a czasem wymioty. Może wystąpić również przejściowe pogorszenie morfologii krwi, a co za tym idzie, upośledzenie odporności, skłonność do infekcji czy krwawień. Dokładna informacja o możliwych działaniach niepożądanych jest udzielana przez lekarza onkologa, który odpowiednio dobierze chemioterapię oraz leki, które zminimalizują prawdopodobieństwo wystąpienia działań niepożądanych. W związku z tym należy zawsze informować lekarza prowadzącego o innych chorobach, które u Pana występują.



Czy leczenie jest w ogóle konieczne?

W niektórych przypadkach, u pacjentów z rozpoznaniem rakiem gruczołu krokowego, na pewnym początkowym etapie zaawansowania choroby, możliwa jest dokładna i częsta obserwacja (watchful waiting), z odroczeniem innych terapii. Ma to miejsce u mężczyzn starszych lub w wieku podeszłym, u których rak stercza jest rozpoznany na wczesnym etapie i rozwija się powoli. Decydują o tym wyniki opisanych wyżej badań, głównie badania mikroskopowego po biopsji stercza, wyjściowe, najwyższe stężenie PSA i wyniki badań obrazowych. Obserwacja polega na oznaczaniu PSA oraz badaniu urologicznym w odpowiednich odstępach czasu.

O tym, czy można bezpiecznie pozostawić nowotwór w obserwacji decyduje lekarz. Wielu pacjentów, obawia się jednak, że nieleczony nowotwór może się szybciej rozwijać, co jest powodem lęku podczas oczekiwania na kolejną wizytę. Rozmowa z lekarzem na temat własnych oczekiwań i obaw pozwoli wybrać najlepsze rozwiązanie.



Mam raka prostaty, ale mogę sobie pomóc i prowadzić zdrowe życie.

Jest wiele codziennych aktywności, które pomagają w codziennym życiu pacjenta. Ważną rolę odgrywa dieta, ćwiczenia, styl i podejście do życia, wsparcie emocjonalne, oraz dobre samopoczucie.

Wcześniejsza dbałość o swoje zdrowie, z pewnością zaprocentuje w takiej sytuacji. Mimo, iż przyczyny powstawania raka stercza nie są do końca poznane, to prawidłowe odżywianie, odpowiednia ilość wypoczynku i regularnych ćwiczeń mogą poprawiać stan zdrowia i jego jakość, co jest nie bez znaczenia przy długotrwałym leczeniu.



Co można osiągnąć przy pomocy chemioterapii?

W niektórych nowotworach chemioterapia jest główną (i czasem jedyną) metodą prowadzącą do wyleczenia. Znacznie częściej jednak jest stosowana we wspomnianym już leczeniu skojarzonym, np. po operacji. Wtedy ma za zadanie wzmocnić i utrwalić efekt, który uzyskali chirurdzy (tzw. **chemioterapia adiuwantowa**). Często nie jest możliwe usunięcie w czasie operacji wszystkich zmian. Nawet, jeśli wydaje się, że cała masa nowotworu została usunięta, w rzeczywistości pozostają zmiany niewidoczne „gołym okiem” – komórki nowotworowe krążą przecież we krwi. Ich dalszym podziałom ma właśnie zapobiec chemioterapia. Niekiedy leczenie rozpoczyna się od chemioterapii, aby zmniejszyć guz, który dopiero potem może być zoperowany (wtedy jest to tzw. **chemioterapia neoadiuwantowa**).

Czasem nie udaje się powstrzymać szerzenia się nowotworu pomimo wieloetapowego leczenia. Wtedy chemioterapia może być zastosowana w celu łagodzenia objawów związanych z postępem choroby.

Cytostatyki niszczą komórki, które się dzielą, a do takich należą komórki rosnącego nowotworu. Niestety, również niektóre zdrowe komórki dzielą się bardzo szybko, a leki nie potrafią ich odróżnić. Dlatego chemioterapia ma wiele działań niepożądanych. Na szczęście większość z nich ustępuje po zakończeniu leczenia. Onkolodzy dysponują dziś wieloma lekami działającymi w różnych mechanizmach i na różnych etapach podziału komórki. Niektóre blokują powielanie materiału genetycznego komórki, inne syntezę białek itd. Dlatego właśnie najczęściej kojarzy się kilka leków o różnych mechanizmach działania, aby wzmocnić końcowy efekt atakując nowotwór „z różnych stron”.

Jednorazowy cykl podania cytostatyków trwa zwykle od jednego do pięciu dni, chociaż są też programy chemioterapii, w których dodatkowo podaje się leki w dniu ósmym czy piętnastym (dzień pierwszy to dzień rozpoczęcia cyklu). To, jaki program będzie zastosowany, zależy przede wszystkim od rodzaju nowotworu, stosowanych leków, a także od ogólnego stanu pacjenta, jego dodatkowych chorób i wielu innych czynników. Jeden **cykl** chemioterapii nazywany jest też **kursem**, a na całe leczenie (w chorobie rozsianej zwane potocznie „**linią leczenia**”) składa się zwykle 6 – 9 cykli. Przerwa pomiędzy kursami (czy też cyklami) wynosi zwykle 21 – 28 dni, chociaż w niektórych programach (nie dotyczących stercza) leki podaje się co tydzień. Niekiedy trzy kursy chemioterapii poprzedzają operację, a kolejne trzy następują po niej.

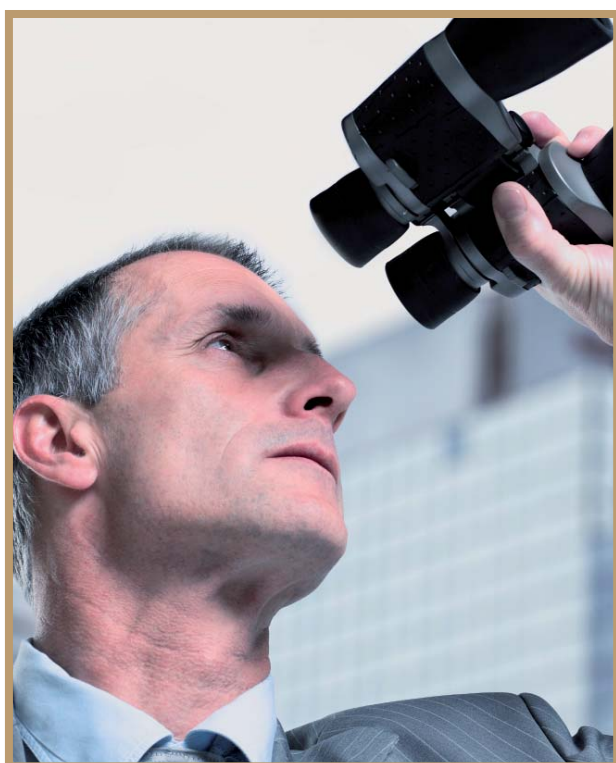
Większość leków stosowanych w chemioterapii podawana jest dożylnie. Niekiedy cytostatyki podaje się domięśniowo, a nawet doustnie. Sposób podawania zależy od rodzaju leku i stosowanego programu leczenia. Niektóre cytostatyki wymagają dodatkowych kroplówek, płynów elektrolitowych czy leków moczopędnych.

Zwykle do podania „chemii” wystarczy założenie wkłucia do obwodowej żyły, najczęściej na dłoni czy przedramieniu. Czasami jednak, zwłaszcza kiedy leczenie jest długotrwałe,

wkłucie do żyły, nawet dla bardzo doświadczonej pielęgniarki (a pielęgniarki onkologiczne są pod tym względem najlepsze!) stanowi nie lada problem. Wtedy celowe może być założenie tzw. **portu**. Jest to mały plastikowy lub metalowy dysk umieszczany pod skórą, połączony z cewnikiem umieszczonym w dużym naczyniu żylnym. Taki cewnik pozostaje na miejscu przez cały okres leczenia. Może trudno w to uwierzyć, ale zwykle nie sprawia pacjentowi najmniejszych problemów, a pozwala uniknąć kilkakrotnych nieraz i bolesnych prób założenia wenflonu przed każdym kursem.

Wbrew temu, co sądzi wielu pacjentów, natężenie działań niepożądanych nie ma żadnego związku ze skutecznością leczenia. Intensywność skutków ubocznych (o których dalej) jest różna u różnych pacjentów, chociaż można też przyjąć, że niektóre programy leczenia są generalnie tolerowane lepiej, a inne gorzej. Do oceny skuteczności chemioterapii służą zwykle badanie lekarskie, badania laboratoryjne oraz **badania obrazowe** (np. zdjęcie rentgenowskie klatki piersiowej, USG jamy brzusznej, tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny i inne).

Markery to substancje wydzielane przez komórki nowotworu do krwi. Ich stężenie we krwi może być oznaczone i dlatego również służą one do oceny postępów w leczeniu. Nie zawsze jeden określony marker wiąże się z jednym konkretnym nowotworem. Na podstawie samego badania stężenia markera w większości przypadków można tylko powziąć podejrzenie nowotworu, ale nie można go rozpoznać – najważniejsze jest nadal badanie kliniczne, badania obrazowe i, przede wszystkim, badanie mikroskopowe (**histopatologiczne**) usuniętego guza. U niektórych pacjentów, pomimo dużego zaawansowania choroby, stężenie markera najczęściej związanego z danym nowotworem może być cały czas w normie. Za to markery dobrze nadają się do oceny (**monitorowania**) skuteczności chemioterapii. Jeżeli stężenie markera było podwyższone przed leczeniem i spada podczas kolejnych kursów, to znaczy, że choroba ustępuje pod wpływem leczenia. Warto jednak pamiętać, że na początku leczenia stężenie markera może przejściowo wzrosnąć i nie wiąże się to z postępem choroby, ale z roz-



padem guza pod wpływem cytostatyków. I dwie ostatnie uwagi – stężenie markerów może wzrastać również w chorobach nienowotworowych, a u osób całkowicie zdrowych przeważnie nie wynosi zero, ale mieści się w szerokich niekiedy granicach normy.



Czy można przyjmować inne leki w czasie leczenia chemicznego?

Niekiedy nawet trzeba. Bardzo często pacjenci, u których rozpoznano nowotwór i którzy poddawani są chemioterapii mają wiele innych chorób. Są to zwykle nadciśnienie tętnicze, choroba wieńcowa czy cukrzyca. Trzeba koniecznie poinformować lekarza prowadzącego chemioterapię o wszystkich innych chorobach. Może to mieć również istotny wpływ na dobór leków, które będą zastosowane w chemioterapii. Leczenie chorób internistycznych musi być prowadzone równolegle do leczenia chemicznego i może odbywać się pod kontrolą lekarza rodzinnego. Zdarza się czasami, że dawki leków stosowanych do tej pory ulegną zmianie. Na przykład, jeśli chory na cukrzycę będzie miał gorszy apetyt w czasie chemioterapii, być może trzeba będzie zmienić dawkowanie insuliny. O wszystkich dodatkowych zaleceniach innych specjalistów trzeba koniecznie informować onkologa prowadzącego chemioterapię. Ważne jest przecież nie tylko leczenie jednej choroby, ale cało-

ściowa opieka nad pacjentem, którego jedną z chorób jest nowotwór.



Jakie mogą być działania niepożądane chemioterapii?

Jest kilka objawów wspólnych dla wszystkich leków stosowanych w chemioterapii i wiele takich, które występują tylko przy użyciu pewnych określonych leków. Jak już zostało podkreślone, nasilenie działań niepożądanych nie ma bezpośredniego związku ze skutecznością leczenia chemicznego. Do najczęstszych działań niepożądanych należą: osłabienie, nudności i wymioty, przejściowe uszkodzenie szpiku (czyli pogorszenie morfologii krwi), wypadanie włosów czy podrażnienie przewodu pokarmowego. Niektóre cytostatyki mogą powodować zaburzenia rytmu serca lub uszkodzenie mięśnia sercowego, zwłaszcza kiedy stosowane są długo i w wysokich dawkach. W czasie stosowania **innych leków mogą być nieco częściej** obserwowane objawy uczulenia – spadek ciśnienia, zaczerwienienie i świąd skóry, duszność. Często też występują bóle mięśni i stawów. W czasie pierwszej wizyty lekarz udzieli wszystkich potrzebnych informacji na temat działań niepożądanych, aby było wiadomo, czego się spodziewać i jak sobie z efektami ubocznymi radzić. Proszę nie przestraszyć się długą listą działań niepożądanych! Jest bardzo mało prawdopodobne, że wszystkie możliwe objawy wystąpią u jednej osoby. Może jednak zdarzyć się tak, że po kolejnych cyklach chemioterapii będą dominowały inne objawy uboczne, na przykład po pierwszym będą męczyły wymioty, a po drugim nie będzie śladu nudności, za to pojawią się bóle stawów. W czasie każdej wizyty, przed podaniem kolejnych kursów, lekarz będzie pytał o działania niepożądane, które wystąpiły po poprzednim. Podpowie również, jak najlepiej sobie z nimi radzić, ale tak naprawdę każdy pacjent w porozumieniu z lekarzem może wypracować sobie własny plan radzenia sobie z przykrymi objawami ubocznymi. Należy pamiętać aby zawsze informować lekarza o każdym niepożądanym zjawisku.



Czy objawy uboczne chemioterapii są nieodwracalne?

Większość działań niepożądanych dotyczy tylko okresu leczenia chemicznego i ustępuje całkowicie po jego zakończeniu. Nudności, wymioty, wypadanie włosów będą

tylko niemiłym wspomnieniem. Są jednak działania niepożądane, które mogą pozostawić trwały efekt, np. niektóre cytostatyki mogą doprowadzić do uszkodzenia mięśnia sercowego, chociaż zdarza się to rzadko i zwykle dopiero po zastosowaniu wysokich dawek. Inne leki mogą niekiedy doprowadzić do postępującego włóknienia płuc, kolejne do trwałego zmniejszenia płodności. Lekarz prowadzący chemioterapię zawsze rozważa wszystkie „za” i „przeciw” przed rozpoczęciem leczenia i przed podaniem każdego kolejnego cyklu. To tak jakby na dwóch szalkach wagi położyć wszystkie argumenty dotyczące danego pacjenta i jego choroby – co możemy zyskać chemioterapią, a co stracić? Najczęściej obserwowane objawy uboczne są wprawdzie przykre i uciążliwe, ale można sobie z nimi poradzić i nie pozostawiać trwałych następstw. A trwałe następstwa należą do wyjątkowych wypadków.

19

Jak sobie radzić z osłabieniem?

Niestety, nie ma niezawodnych środków. Zmęczenie i osłabienie może mieć wiele przyczyn – sama choroba nowotworowa, chemioterapia, operacja, niedokrwistość po cyklu chemioterapii, stres, niepokój o wyniki leczenia. Często pacjenci odczuwają nagle zmęczenie, które „zwała z nóg”, ale też często odchodzi „jak ręką odjął”.

Niektórym pomaga zaplanowanie zajęć w ciągu dnia tak, aby znalazł się czas na krótką drzemkę, odwiedziny znajomych, lekturę ciekawej książki, słuchanie muzyki. Na pewno nie warto się przemęczać i udowadniać sobie, że wszystko jest jak dawniej. Najwyższy czas pozwolić sobie na odrobinę leniuchowania! Kiedy zmęczenie minie, można wrócić, w miarę możliwości, do codziennych zajęć.

20

Jak radzić sobie z nudnościami i wymiotami?

Nudności i wymioty mogą wystąpić w trakcie podawania cytostatyków, po powrocie do domu (trwają wtedy zwykle kilka dni) lub po kilku dniach bez dolegliwości. Mogą również pojawić się nawet do dwóch tygodni po cyklu chemioterapii. Przy pierwszej wizycie otrzyma Pan receptę na lek przeciwwymiotny, który trzeba mieć pod ręką. Warto wspomnieć, że tak jak wszystkie leki, środki przeciwwymiotne mają swoje własne działania niepożądane; nie ma więc potrzeby brania ich „na zapas”, zawsze należy kierować się

wytycznymi lekarza. Dlatego ważne jest, aby powiedzieć lekarzowi, kiedy zaczynają się nudności i jak długo trwają. Leki przeciwwymiotne są dostępne w formie tabletek do połykania, tabletek najęzykowych, wchłaniających się przez śluzówki jamy ustnej oraz w postaci czopków doodbytniczych.

Niekiedy nudności wywoływane są przez zapachy, ostre przyprawy czy jedzenie dużych porcji. Lepiej rozłożyć posiłki na kilka mniejszych porcji, wypijać dużo płynów, pamiętać o dokładnym przeżuwaniu i odpoczynku po jedzeniu (ale nie w pozycji leżącej).

Są pacjenci, którzy w domu czują się bardzo dobrze, a wymiotują dopiero na widok czy nawet zapach szpitala, jeszcze przed podaniem kolejnego kursu chemioterapii. Takie wymioty mają raczej tło **psychogenne**. Oprócz leków przeciwwymiotnych stosowane są wtedy leki uspokajające. Nieocenione mogą okazać się też pomoc psychologa i wsparcie najbliższych osób, które pomogą „odczarować” nieprzyjazne miejsca i zdarzenia.

21

Czy w czasie chemioterapii zawsze wypadają włosy?

Nie zawsze. Niektóre schematy leczenia chemicznego nie powodują łysienia, jednak niektóre leki nieuchronnie prowadzą do wypadania włosów. Trzeba pamiętać, że ten efekt jest tylko czasowy. Po zakończeniu chemioterapii, a nawet jeszcze w trakcie jej trwania włosy odrastają – często mocniejsze, a nawet bardziej kręcone!

Wypadanie włosów może dotyczyć różnych części ciała: głowy (w tym brwi), pach czy okolicy łonowej. Niektórzy pacjenci czują swędzenie czy nawet ból skóry głowy, który poprzedza łysienie. Włosy mogą wypadać nagle, całymi garściami lub stopniowo. Są pacjenci, którzy wolą sami skrócić włosy zanim zaczną wypadać, a nawet ogolić całą głowę, aby uniknąć tego przykrego efektu. Na czas chemioterapii można zaopatrzyć się w perukę, której zakup jest w Polsce częściowo refundowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia – wystarczy tylko poprosić lekarza o stosowny wniosek. Trzeba pamiętać, że skóra w czasie chemioterapii jest bardziej wrażliwa i warto używać delikatnego szamponu czy miękkiej szczotki do włosów oraz unikać opalania na słońcu.



22 Dlaczego przed każdym kolejnym kursem chemioterapii trzeba powtarzać badania krwi?

Jak już wspomniano wyżej, cytostatyki powodują przejściowe uszkodzenie **szpiku**. Szpik kostny można wyobrazić sobie jako ogromną fabrykę produkującą komórki krwi: **erytrocyty**, czyli krwinki czerwone, **leukocyty**, czyli krwinki białe i **trombocyty**, czyli płytki krwi. Po podaniu kursu uszkodzenie szpiku następuje stopniowo; mniej więcej w połowie odstępu pomiędzy kursami szpik „ledwie dyszy” – ten moment jego największego upośledzenia nazywamy **nadirem**. Czas wystąpienia nadiru może być różny dla różnych typów krwinek i zależy między innymi od tego, jakie leki są stosowane w chemioterapii. Szpik ma duże możliwości odnowy i stopniowo się regeneruje. Przed każdym kolejnym kursem trzeba tylko sprawdzić, czy szpik jest już w dobrej formie i czy w związku z tym ilość poszczególnych krwinek (czyli **morfologia krwi**) jest prawidłowa. Tylko wtedy można podać kolejny cykl leczenia chemicznego – po nim nastąpi przecież ponowne pogorszenie morfologii. Sam moment nadiru może nieść ze sobą dodatkowe dolegliwości, o których będzie mowa dalej.

Przed chemioterapią lekarz sprawdza również parametry czynności nerek i wątroby. Te właśnie dwa narządy są przecież najbardziej zaangażowane w usuwanie cytostatyków z organizmu.



23 Co to jest niedokrwistość?

Niedokrwistość to zmniejszenie liczby czerwonych krwinek i jednocześnie ich najważniejszego składnika – **hemoglobiny**, czyli białka przenoszącego cząsteczki tlenu do tkanek. Przyczyn niedokrwistości jest wiele. Może być wywołana przez samą chorobę nowotworową, krwawienie czy niedobór żelaza. Po chemioterapii niedokrwistość spowodowana jest upośledzeniem czynności szpiku. Często nie wywołuje objawów, ale u niektórych pacjentów może wystąpić zmęczenie, osłabienie, przyspieszone bicie serca, zawroty głowy, duszność, a nawet ból w klatce piersiowej. Zwłaszcza te dwa ostatnie objawy zawsze wymagają skontaktowania się z lekarzem. Jeżeli okaże się, że to właśnie niedokrwistość jest ich przyczyną, konieczne może być przetoczenie krwi. Ponieważ sytuacja może powtarzać się przy następnych

kursach chemioterapii, u niektórych pacjentów z dużą niedokrwistością w czasie leczenia stosuje się preparaty **erytropoetyny**, hormonu pobudzającego produkcję krwinek czerwonych w szpiku. Są to podskórne zastrzyki stosowane, w zależności od rodzaju preparatu i dawki, trzy razy w tygodniu lub raz na trzy tygodnie.

W czasie osłabienia lepiej ograniczyć męczące zajęcia i aktywność fizyczną, a także unikać gwałtownego wstawania z pozycji leżącej.



24 Co się dzieje, kiedy spadnie liczba krwinek białych?

Krwinki białe, czyli leukocyty, są bronią organizmu w walce z wirusami i bakteriami. A więc, jak łatwo się domyślić, w momencie nadiru odporność jest bardzo niska. Szczególnie istotne jest obniżenie liczby **granulocytów obojętno-chłonnych**, czyli **neutrofili** – jest to grupa białych krwinek odpowiedzialna za walkę z bakteriami. W czasie chemioterapii, a zwłaszcza pomiędzy kolejnymi cyklami wzrasta zatem ryzyko zakażenia. Nawet zwykłe wirusowe infekcje gardła mogą wtedy dać początek poważniejszemu zakażeniu o dużo cięższym przebiegu niż u osób z prawidłową odpornością. Jeżeli w kontrolnych badaniach przed kolejnym kursem chemioterapii okaże się, że liczba leukocytów nie jest jeszcze wystarczająca, konieczne jest przesunięcie kursu na późniejszy termin. Niekiedy wskazane jest zastosowanie tak zwanych **czynników wzrostu granulocytów** – podskórnie podawanych leków przyspieszających tworzenie tych krwinek przez szpik. W pewnych sytuacjach niezbędne jest włączenie ich do leczenia od samego początku chemioterapii.



25 Co zrobić, żeby uniknąć infekcji?

Aby zmniejszyć ryzyko infekcji warto unikać tłumów, zwłaszcza w zamkniętych pomieszczeniach, unikać osób z chorobami zakaźnymi (nawet tylko przeziębionych), dbać o higienę osobistą, starać się nie skaleczyć, a jeżeli już do tego dojdzie, przemyć ranę ciepłą wodą z mydłem i odkażić. Nie zawsze pamiętamy, że źródłem infekcji mogą być odchody zwierząt, akwaria czy nawet woda po ciętych kwiatach. Posiłki nie powinny zawierać surowych jaj, ryb, owoców morza czy surowego mięsa.

Czy w czasie chemioterapii mogę kontaktować się z małymi dziećmi?

To bardzo częste pytanie zadawane przez chorujące mamy i babcie. Wbrew niektórym poglądom, osoba w czasie chemioterapii nie stwarza zagrożenia dla dziecka. Jest dokładnie odwrotnie! Nasza pociecha jest idealnym gospodarzem różnych zarazków, które krążą w przedszkolach i żłobkach.



Ospa wietrzna, świnka czy nawet zwykłe przeziębienie kończą się dla dziecka bezboleśnie, a dla pacjenta po chemioterapii mogą oznaczać początek naprawdę ciężkiej infekcji. Trzeba też pamiętać, że niektóre szczepionki stosowane u dzieci zawierają żywe drobnoustroje, np. wirusy polio (choroby Heinego–Medina). Takie dziecko lepiej odwiedzić po zakończeniu chemioterapii lub po dłuższym okresie od jego szczepienia. W razie jakichkolwiek wątpliwości koniecznie trzeba poradzić się lekarza.

Jakie są objawy infekcji?

Do najczęstszych niepokojących objawów należą: gorączka 38°C i wyższa, dreszcze, poty, kaszel, katar, ból gardła, biegunka z gorączką, świąd, zaczerwienienie, obrzęk i ból w okolicy skaleczenia czy rany, bolesne parcie na mocz, ból przy oddawaniu moczu, ból w okolicy zatok przynosowych (np. umiejscowiony w okolicy czołowej), ból ucha, wydzielina z ucha, zmiany na śluzówkach jamy ustnej, bóle mięśni i stawów (czasem występują jako objaw niepożądany po niektórych cytostatykach), ból przy przełykaniu.

Co zrobić, kiedy wystąpią te objawy?

Trzeba szybko skontaktować się z lekarzem – rodzinnym lub onkologiem prowadzącym. Jeżeli wystąpiła wysoka gorączka, wskazane jest wykonanie badania morfologii krwi. Gdyby okazało się, że liczba granulocytów jest dramatycznie niska, leczenie takiej infekcji powinno odbywać się

w szpitalu. Stosuje się wtedy dożylny antybiotyk i czynniki wzrostu granulocytów. Natomiast w przypadku nieznacznej obniżenia liczby białych krwinek wystarczy leczenie w domu. Powinno się przyjmować antybiotyk (to szczególna sytuacja, kiedy profilaktyczne zastosowanie antybiotyku jest uzasadnione).

Jak radzić sobie z biegunką?

Biegunką nazywamy oddawanie więcej niż trzech stolców dziennie lub jakiegokolwiek ilości stolców wodnistych. Najczęściej przyczyną biegunki u pacjentów poddawanych chemioterapii jest uszkodzenie błony śluzowej przewodu pokarmowego przez cytostatyki. Koniecznie trzeba wtedy pamiętać o wypijaniu większej ilości płynów, tak, aby uzupełnić straty. Najlepsze są płyny niegazowane lub odgazowane, czyste (woda mineralna, herbata, napoje izotoniczne). Soki owocowe, zwłaszcza kwaśne, nie są dobrym rozwiązaniem. W niektórych przypadkach, przy dużym odwodnieniu, może być nawet wskazane podawanie płynów drogą dożylną. Lepiej spożywać kilka mniejszych posiłków w ciągu dnia niż dwa, trzy duże. Biegunkę mogą nasilać pokarmy z dużą ilością błonnika, takie jak pełnoziarniste pieczywo, płatki zbożowe, surowe lub suszone warzywa i owoce. Czasem trzeba przejść na dietę płynną lub kleik, ale nie na dłużej niż 3–5 dni. Trzeba również pamiętać, że w czasie długo trwającej biegunki organizm traci składniki mineralne, takie jak potas czy magnez. Lekarz zdecyduje, czy konieczna jest kontrola stężenia tych elektrolitów we krwi. Jeżeli nie ma ich niedoboru lub jest on niewielki, wystarczy dieta bogata w potas – pomidory, banany, pomarańcze, brzoskwinie i ziemniaki. Jeżeli natomiast niedobory będą większe, konieczne może być przyjmowanie potasu w tabletkach a nawet dożylnie.

Czasami biegunka jest objawem zakażenia przewodu pokarmowego, np. salmonellozy. Jeżeli bieguncie towarzyszy gorączka lub jeśli w stolcu zauważymy krew, śluz lub ropę, należy natychmiast udać się do lekarza. Leki zapierające, dostępne bez recepty, są wtedy przeciwwskazane! Lekarz przepisze środki działające przeciwbakteryjnie.

Czy w czasie chemioterapii można się opalać?

Większość cytostatyków uwrażliwia skórę na działanie promieni słonecznych. Niestety, nie oznacza to raczej szybsze-

go opalania i trwalszej opalenizny, a zwykle przebarwienia, swędzenie, pieczenie i szybkie wysuszanie skóry. Dlatego należy unikać ekspozycji dużych fragmentów ciała na promienie słoneczne, zwłaszcza jeżeli są intensywne. W lecie warto pomyśleć o przewiewnych, najlepiej lnianych lub bawełnianych ubraniach, okularach przeciwsłonecznych oraz nakryciu głowy. Skóra głowy może być szczególnie wrażliwa po wypadnięciu włosów. Trzeba również, jeśli silne promieniowanie słoneczne jest nie do uniknięcia, zastosować krem z wysokim filtrem (co najmniej 15). We właściwej pielęgnacji skóry pomogą również nawilżające kremy. Unikać należy perfum i wód kolońskich zawierających alkohol. Zamiast długich, gorących i aromatycznych kąpeli lepiej jest wziąć szybki prysznic, a po nim delikatnie natrzeć skórę kremem nawilżającym.

31

Czy w czasie chemioterapii można się szczepić?

Aby szczepienie odniosło skutek, czyli spowodowało wytworzenie odporności, konieczna jest prawidłowa ilość krwinek białych. One bowiem odpowiadają za produkcję **przeciwciał**, czyli białek, które w momencie zagrożenia rozpoznają prawdziwy drobnoustroj i zajmą się jego likwidacją. Jak już napisano wcześniej, pomiędzy cyklami chemioterapii liczba leukocytów może znacząco spadać, a zatem szczepienie nie przyniesie spodziewanego rezultatu. Ten problem najczęściej poruszany jest w związku ze szczepieniem przeciwko grypie. Szczepionka ta zawiera tylko fragmenty cząsteczki wirusa grypy, które wystarczają do wytworzenia odporności, ale nie spowodują zachorowania. U pacjenta po chemioterapii taka szczepionka nie będzie skuteczna, ale też nie zaszkodzi. Natomiast szczepionki zawierające żywe osłabione drobnoustroje mogą w stanie obniżonej odporności wywołać zachorowanie. W razie jakichkolwiek wątpliwości trzeba koniecznie poradzić się lekarza. Szczepienia najlepiej odłożyć na około miesiąc po zakończeniu leczenia chemicznego.

32

Dlaczego bolą mnie mięśnie i stawy?

Bóle mięśni i stawów są dość częstym objawem ubocznym niektórych leków stosowanych w chemioterapii. Jeżeli trwają dłużej niż kilka dni lub jeśli są wyjątkowo uciążliwe, można wspomóc się lekami przeciwbólowymi dostępnymi bez recepty, na przykład paracetamolem, aspiryną lub ibupro-

fenem. Trzeba jednak pamiętać o sporadycznie występujących uczuleniach na niektóre leki przeciwbólowe, a u osób z czynną chorobą wrzodową leki z grupy aspiryny i ibuprofenu (niesteroidowe leki przeciwzapalne) są przeciwwskazane. W razie jakichkolwiek wątpliwości lub nieskuteczności tych leków należy skontaktować się z lekarzem.

Jeżeli bólowi mięśni towarzyszy wysoka gorączka lub inne objawy infekcji (uczucie rozbicia, kaszel), trzeba zgłosić się do lekarza od razu. Takie objawy mogą bowiem oznaczać gripę, która przy obniżonej odporności może mieć długi i ciężki przebieg.

33

Czy w czasie chemioterapii można współżyć seksualnie?

To pytanie często w ogóle w gabinetach lekarskich nie pada, podczas gdy wielu pacjentów z góry zakłada, że lepiej zrezygnować z życia seksualnego na czas leczenia. Wiąże się to zwykle z obniżonym poczuciem atrakcyjności, nieakceptowaniem zmian w swoim wyglądzie, wreszcie z objawami niepożądanymi leczenia, takimi jak osłabienie czy zmiany hormonalne. Również partnerzy osób poddawanych chemioterapii mają wiele obaw: czy nie zaszkodzi w ten sposób pacjentowi / pacjentce? Czy nie „zarażę się” nowotworem? Czy w czasie stosunku nie przenikną do mnie leki? Tymczasem seks w czasie chemioterapii może spełnić bardzo ważną rolę i jeszcze umocnić więź między partnerami! Może się zdarzyć, że w czasie leczenia potrzeba kontaktów fizycznych ulegnie zmianie – niekoniecznie zmniejszeniu. Nie ma jedynej właściwej drogi do satysfakcji z seksu – każdy musi odkryć ją dla siebie i swojego związku!

34

Czy chemioterapia powoduje bezpłodność?

Nie zawsze, ale czasem może tak się zdarzyć. Zależy to przede wszystkim od rodzaju nowotworu, rodzaju podawanych leków, wieku i ogólnego stanu zdrowia. U mężczyzn chemioterapia może obniżyć liczbę plemników oraz ich zdolność ruchu. Warto porozmawiać z lekarzem przed rozpoczęciem chemioterapii o tym, jaki efekt na płodność będzie miał konkretny schemat leczenia. W przypadku mężczyzn, którzy chcą mieć dziecko, warto pomyśleć o zapłodnieniu przed rozpoczęciem leczenia, a jeżeli nie jest to możliwe, rozważyć opcję zamrożenia nasienia. Podczas leczenia che-

micznego należy pomyśleć o zabezpieczeniu przed ciążą, ponieważ cytostatyki mogą uszkadzać materiał genetyczny i w ten sposób doprowadzić do wad wrodzonych u płodu. W czasie do 48 godzin po kursie chemioterapii warto pamiętać o prezerwatywie, gdyż niektóre cytostatyki przenikają do nasienia. Niekiedy cytostatyki mogą powodować kłopoty ze wzrodem, ale często jest to efekt typowo psychogeny – mężczyzna, który wstydi się porozmawiać z lekarzem o seksie podczas chemioterapii, automatycznie zakłada, że leczenie na pewno upośledzi jego zdolność do odbycia stosunku. Tak naprawdę wcale nie musi tak być.

35 Czy w czasie chemioterapii konieczna jest specjalna dieta?

W zasadzie nie. Bardziej niż zwykle należy tylko pamiętać o tym, aby posiłki były urozmaicone i zawierały wszystkie potrzebne składniki pokarmowe: białka, węglowodany, tłuszcze roślinne. Dotyczy to przecież także osób zdrowych. Problemem może być brak apetytu, metaliczny posmak w ustach, nadwrażliwość na smaki czy zapachy, a także zaburzenia przewodu pokarmowego, na przykład biegunki. Warto wtedy rozłożyć posiłki na kilka (np. 4–6) mniejszych porcji zamiast 3 większych, a także wykorzystywać momenty lepszego apetytu i bezkarnie „podjadać”. Może się zdarzyć, że po większej ilości surowych owoców i warzyw oraz soków pojawią się bóle brzucha, wzdęcia, a nawet biegunka. Lepiej jest więc chyba spożywać pokarmy lekkostrawne, gotowane lub grilowane zamiast ciężkich, tłustych i smażonych.

Dodatkowy problem może pojawić się w przypadku objawów niepożądanych ze strony błon śluzowych. Przełykanie stałych pokarmów może być wtedy utrudnione, a nawet bolesne. Trzeba jak najszybciej udać się do lekarza, pamiętać o wypijaniu dużej ilości płynów oraz dostarczaniu organizmowi odpowiedniej ilości kalorii na przykład w postaci płynnych zmięszanych posiłków czy gotowych preparatów zawierających białka, węglowodany i minerały. W skrajnych sytuacjach może nawet być konieczne żywienie dożylnie lub za pomocą sondy dożołądkowej. Bardzo popularne jest wśród pacjentów przekonanie, że pewne pokarmy czy napoje mają zbawienny wpływ na wyniki morfologii krwi badanej przed kursem chemioterapii. Temu właśnie swoją olbrzymią popularność zawdzięcza sok z buraków. Niestety,

działanie cytostatyków na szpik jest na tyle silne, że nawet hektolitry soku z buraków nie są w stanie zapobiec niedokrwistości.

Dobrze jest też pomyśleć o wątrobie – ona w czasie leczenia chemicznego będzie miała szczególnie dużo pracy! Przecież będzie musiała neutralizować wszystkie „trucizny”, którymi raczy nas onkolog. Nie służą jej na pewno potrawy ciężkostrawne, smażone, tłuste, gęste sosy, grzyby i duża ilość surówek. Jeżeli mamy ochotę na jakieś danie z tego zakazanego menu – od czasu do czasu można ulec, ale z umiarem!

Reasumując – stawiamy na różnorodność.

36 Czy w czasie chemioterapii można pić alkohol?

Alkohol, podobnie jak wiele cytostatyków, rozkładany jest w wątrobie. Będzie więc dla niej dodatkowym obciążeniem. Wiele leków, niekoniecznie chemioterapeutyków, może nawet wchodzić z alkoholem w interakcje i doprowadzić do groźnych działań niepożądanych. Dlatego zawsze trzeba poradzić się lekarza, czy alkohol nie „kłóci się” ze stosowanym leczeniem. Jeśli nie – można spokojnie pozwolić sobie na lampkę wina od czasu do czasu dla poprawienia apetytu lub wznieść toast kieliszkiem szampana.

37 Ból – co robić?

W świadomości ludzi ból nierozdzielnie związany jest z chorobą, to niemalże jej synonim. Ból może mieć wiele przyczyn i odmian. Ostry, przewlekły, dobrze zlokalizowany lub rozlany, gniotący, piekący, kłujący, pulsujący. Tak naprawdę u jednej osoby może wystąpić jednocześnie kilka rodzajów bólu. Aby poradzić sobie z bólem, trzeba przede wszystkim ustalić jego rodzaj i przyczynę. Lekarz zapyta o charakter bólu, okoliczności jego występowania i ustępowania, lokalizację i nasilenie. Poprosi na przykład, aby Pan określił siłę bólu w skali od 0 do 10, gdzie 0 to brak bólu, a 10 – największy ból, jaki jesteście sobie w stanie wyobrazić, ból nie do wytrzymania. Jest obecnie wiele leków przeciwbólowych o różnej sile działania. Zwykle wprowadza się je w określonej kolejności, w zależności od typu i natężenia bólu. Warto pamiętać, że nawet reklamowane w telewizji i dostępne bez recepty leki przeciwbólowe mają swoje przeciwwskazania oraz działania niepożądane. Zawsze przed ich zastosowa-

niem powinniśmy zasięgnąć porady lekarza. Nie wszyscy wiedzą, że w leczeniu niektórych typów bólu stosuje się leki przeciwpadaczkowe, **neurologię**, czyli blokadę nerwów przewodzących ból oraz radioterapię.

dolegliwości bólowych, które nie dają się kontrolować słabszymi lekami, nie warto zwlekać z włączeniem narkotyków. Są one dostępne w wielu wygodnych formach: tabletek czy plastrów. Niestety, wielu ludzi nadal myśli, że rozpoczęcie



Leczenie bólu może być niekiedy skomplikowane. Napisano na ten temat wiele podręczników, a i tak są pacjenci, którzy wymykają się regułom i standardom. Dlatego w ośrodkach onkologicznych są zespoły specjalistów od leczenia bólu, którzy zawsze służą pomocą w najtrudniejszych przypadkach.

Nie każdy ból trzeba od razu przypisywać chorobie nowotworowej. Jeżeli u 55-lletniego mężczyzny mającego stresującą pracę, palącego 2 paczki papierosów dziennie, nieuprawiającego żadnego sportu i będącego 3 lata po zakończeniu leczenia raka jądra wystąpi nagle gniotący ból za mostkiem przy wysiłku – myślimy przede wszystkim o zawale serca.



Czy morfina to ostateczność?

W powszechnym przekonaniu, jeśli ktoś zażywa morfinę lub inny narkotyczny lek przeciwbólowy, to jest już naprawdę źle. W pewnym sensie jest to uzasadnione, gdyż po narkotyki sięgamy wtedy, kiedy leki z „niższej półki” okazują się mało skuteczne. Ale z drugiej strony, przecież w niektórych sytuacjach, na przykład po operacji lub w rozległych oparzeniach, morfina jest lekiem z wyboru i wręcz nie powinien być stosowany żaden inny lek przeciwbólowy, nawet u dzieci. Jeżeli choroba nowotworowa przysparza

podawania leków narkotycznych to początek końca i odwleka ten moment pomimo wyraźnych wskazań i zalecenia lekarza. Ból można pokonać i nie warto odmawiać sobie tej szansy.



Czy w czasie chemioterapii można pracować zawodowo?

To zależy przede wszystkim od samopoczucia i od rodzaju wykonywanej pracy. Niektórzy pacjenci nie czują się po kurse chemioterapii na tyle dobrze, aby wrócić do pracy i pozostają na zwolnieniu lekarskim przez cały okres leczenia. Inni, po kilku dniach gorszego samopoczucia, nawet wolą wrócić do codziennych aktywności i wyjść z domu, żeby nie myśleć o chorobie. Trzeba jednak pamiętać o okresie spadku odporności i większym ryzyku zakażeń, co było opisane wyżej. Praca w dużym skupisku ludzi może temu dodatkowo sprzyjać.

Opracował: **dr n. med. Wojciech Michalski**



Pod redakcją: **dr n. med. Iwony Skonecznej**



Psychoonkologia

1

Choroba nowotworowa a stan psychiczny – emocje, przekonania, zachowania na różnych etapach choroby

Diagnoza choroby nowotworowej najczęściej jest dla pacjenta szokiem. Nawet jeśli ktoś spodziewa się, na podstawie swoich objawów, że istnieje u niego ryzyko rozpoznania nowotworu, to jednak w momencie uzyskania potwierdzenia swoich obaw najczęściej ciężko jest mu uwierzyć w to, co usłyszał. Naturalną reakcją może być zaprzeczanie choroby, izolacja od bliskich i otoczenia. Reakcja taka może być potrzebna do zmobilizowania zasobów do radzenia sobie, zarówno fizycznego, jak i emocjonalnego, z chorobą. Często występują też trudności w podjęciu decyzji, co dalej robić, związane na przykład z nagłą potrzebą zajęcia się swoim zdrowiem, stojącą w konflikcie z chęcią aktywnego pełnienia dotychczasowych ról życiowych. Na tym początkowym etapie niezwykle istotne jest zdobycie informacji niezbędnych do rozpoczęcia procesu leczenia – na czym

będzie polegało leczenie i jak może reagować moje ciało; jakie aktywności są wskazane, a jakie nie; co robić po wyjściu ze szpitala; jakie zmiany wprowadzić w życiu codziennym np. diecie. Cenne mogą okazać się rozmowy z innymi pacjentami – o przeżywanych emocjach, wspólnych doświadczeniach. Poczucie bycia rozumianym jest często w tych pierwszych chwilach bardzo wspierające.

Według dr Elisabeth Kübler-Ross istnieje pięć psychologicznych etapów reakcji na wiadomość o ciężkiej chorobie. Pierwszym z nich jest wspomniane wyżej zaprzeczanie, izolacja (myśli: „To niemożliwe!”). Kolejne etapy to gniew (myśli: „To niesprawiedliwe!”), negocjowanie („Jeśli przeżyję, to nigdy więcej...”), depresja („To potworne, tak ciężko jest mi w to uwierzyć”) oraz akceptacja swojej sytuacji, zarówno poznawczo, co wiąże się z aktywną postawą w procesie zdrowienia, jak i emocjonalnie, co zapobiega zużywaniu energii na proces radzenia sobie z negatywnymi emocjami, takim jak złość, smutek czy frustracja. Powyższe etapy nie zawsze muszą występować w takiej kolejności, możliwe jest

również kilkukrotne powracanie do poprzednich etapów, zanim nastąpi etap akceptacji, dający poczucie spokoju i harmonii.

Po diagnozie choroby nowotworowej pacjent może odczuwać bardzo różne emocje, takie jak: lęk, niepokój, strach, przerażenie, niepewność (związane z myślami typu „Wkrótce umrę” czy „Będę cierpiał/a i umrę przedwcześnie w męczarniach”). Mogą się pojawić również emocje bezradności, poczucia beznadziei czy depresji (myśli takie jak „Stracę sprawność fizyczną i będę ciężarem dla innych” czy też „Moja rodzina tego nie znieśie, nie poradzą sobie beze mnie”). Kolejna grupa emocji to żal, frustracja, wściekłość, złość (myślenie typu „Nie zrealizuję swoich marzeń”). Powyższe myśli i związane z nimi emocje są bardzo trudne i powodują, iż doświadczenie choroby jest obciążające już nie tylko fizycznie, ale również psychicznie. Elementy te składają się na tzw. stres choroby. Oczywiście, nie wszystkie osoby mają taką samą reakcję emocjonalną na chorobę, jest to zależne od wielu czynników. Znaczenie mają tu takie elementy jak wiek, płeć, to, czy dana osoba jest wierząca czy nie, osobowość oraz znaczenie, jakie nadaje się chorobie. Niezwykle istotna jest też sytuacja życiowa, w jakiej znajduje się osoba, w momencie gdy słyszy diagnozę, jak również uprzednie doświadczenia choroby w ogóle, w tym choroby nowotworowej (zarówno swojej choroby, jak i w rodzinie, w najbliższym otoczeniu).

Po pierwszym etapie, jakim jest usłyszenie diagnozy i reakcja na nią, osoba chora na nowotwór rozpoczyna etap leczenia. W tym momencie zaczyna mieć do czynienia z szeregiem, często całkiem nowych w swoim życiu, doświadczeń. Jeśli objawy choroby zostają, dzięki rozpoczęciu leczenia, zminimalizowane może pojawić się nagły wzrost poczucia nadziei i przekonania, że „Tak naprawdę nic poważnego mi nie dolega”. Początki życia szpitalnego bywają trudne, często uruchamiają się stereotypy związane z pobytem w szpitalu. Paradoksalnie długi pobyt na oddziale może przyczynić się do wzrostu poczucia bezpieczeństwa poprzez kontakt z innymi osobami, znajdującymi się w podobnej sytuacji. Daje to możliwość podzielenia się swoimi emocjami, obawami z poczuciem bycia zrozumianym.

Z momentem opuszczenia szpitala mogą wiązać się obawy o reakcje środowiska, jak również obawy o to, czy pacjent poradzi sobie w sytuacji konieczności zmiany stylu życia. Odnalezienie się na powrót w „świecie zdrowych” może nie być rzeczą łatwą. Przede wszystkim pacjentom często

towarzyszy lęk związany z możliwością nawrotu. Lęk ten może stać się dominującym obszarem w życiu codziennym, uniemożliwiając normalne funkcjonowanie. Może pojawić się również trudność w zaakceptowaniu strat poniesionych na skutek choroby, na przykład pełnej sprawności fizycznej czy też atrybutów własnej płci. Czasami skutkiem choroby jest konieczność przejścia na rentę inwalidzką i zawsze potrzeba trochę czasu, abym móc oswoić się z taką zmianą w swoim życiu. Zmiana ta może wiązać się z koniecznością zrewidowania dotychczasowych oraz ustalenia nowych celów życiowych.

Niestety czasami, pomimo rozpoczęcia leczenia i stosowania się do zaleceń lekarskich, choroba nie ustępuje, czy wręcz nadal się rozwija. W takiej sytuacji największym wyzwaniem staje się często poczucie bezradności oraz poczucie bycia uzależnioną od innych osób, ale również utrata poczucia bezpieczeństwa, związana z koniecznością konfrontacji z możliwością śmierci z powodu choroby.

Ważnym aspektem w chorobie nowotworowej są przekonania na temat nowotworu w ogóle i swojej konkretnie sytuacji. Czynnikiem negatywnym mogą tu być sformułowania lekarza typu: „Statystyki nie są po Pana stronie”, czy też „Zostało Panu pół roku życia”. Istotnym jest w takiej sytuacji rozdzielenie faktów od możliwości. Statystyki nie mogą dać informacji, w której grupie osób – tych, które przeżyły, czy tych które zmarły – znajduje się ta konkretna osoba. Podobnie lekarz nie może wiedzieć na 100%, ile komu pozostało życia, z tego prostego względu, że nikt nie zna przyszłości, zanim nie staje się ona teraźniejszością. Kolejnymi przekonaniami, mogącymi silnie wzmocnić stres choroby są myśli typu: „To moja wina, że mam nowotwór”, czy „To niesprawiedliwe!”. Oczywiście w przeszłości mogliśmy podejmować zachowania, które zwiększają ryzyko nowotworu, ale nigdy nie jesteśmy w pełni odpowiedzialni za rozwój choroby, chociażby z tego względu, że nowotwór to choroba o złożonej etiologii. Warto uświadomić sobie, że stosowanie sposobu myślenia „moja wina – nie moja wina”, czy „sprawiedliwe – niesprawiedliwe” po prostu nie przyniesie żadnych korzyści w przypadku rozpoznania choroby nowotworowej, natomiast może pochłonąć sporo zasobów niezbędnych do radzenia sobie z tą chorobą.

Kierunkiem, jaki jest pożądany w procesie adaptacji do choroby jest wzrost poczucia nadziei oraz poczucia wpływu na sytuację. Nie chodzi tu o bezwzględną wiarę w to, że „Na pewno wyzdrowieję”, ani o przekonanie, że „Mam absolut-

nie wszystko pod kontrolą”. Poczucie nadziei oznacza wiarę w to, że wyzdrowieję, pomimo znikomej na to szansy. Przekonanie takie zwiększa szansę na zachowanie zasobów poświęcanych często na radzenie sobie z lękiem i przeznaczenie ich na radzenie sobie z chorobą i wzmacnianie procesu zdrowienia. Jeśli chodzi o wpływ na swoją sytuację, to oczywiście osoba chora nie ma wpływu na to, że rozpoznany został u niej nowotwór, jednakże warto uświadomić sobie, że nadal pozostaje wiele obszarów zależnych w 100% od niej. Osoba chora może zadbać o siebie jeszcze podczas pobytu w szpitalu, egzekwując swoje prawa na oddziale. Może również zgłosić się z prośbą o wsparcie do psychoonkologa i osób bliskich tak, aby zapewnić sobie jak najlepszą pomoc. Ponadto może zapoznać się z różnymi technikami radzenia sobie z bólem fizycznym, aby zmniejszyć jego wpływ na swój stan psychiczny. W końcu zaś może wprowadzić w swoim życiu szereg zachowań prozdrowotnych, zwiększając swoje szanse na wyzdrowienie i poprawiając znacznie jakość swojego życia. Poniżej omówione zostały szczegółowo wszystkie obszary, w których podjęcie działań może znacznie przyczynić się do złagodzenia konsekwencji, związanych z chorobą nowotworową.

2

Prawa osób chorujących (do informacji o chorobie i leczeniu)

W związku z tym, iż informacja o chorobie często jest szokiem, a nagły, tak częsty kontakt z lekarzami, czymś nieznanym – pacjenci mogą mieć na początku trudność z dbaniem – w natłoku informacji i działań – o własne prawa w kontakcie z personelem medycznym. Przede wszystkim osoba chora ma prawo do usłyszenia pełnej informacji od lekarza o planowanym sposobie leczenia i diagnostyki, przekazanej w sposób w pełni zrozumiały. Pacjent ma również prawo do wyrażania zgody na wykonywanie wszelkich badań, zabiegów i podejmowania ostatecznej decyzji, dotyczącej sposobu leczenia. Niepomyślna diagnoza nie jest powodem, dla którego lekarz może ją zataić – osoba chora ma prawo zawsze znać swoją diagnozę, jak również ma prawo usłyszeć odpowiedź na pytania związane ze swoim stanem zdrowia. Co więcej, informacje te powinny być przekazywane z szacunkiem dla pacjenta – na osobności, w spokoju, z poświęceniem uwagi i czasem przeznaczonym na ewentualne pytania. Jeśli pacjent wyraża wolę nie poznawania prawdy o swoim stanie zdrowia, lekarz również ma obo-

wiązek uszanować tę wolę. W takiej sytuacji pacjent może np. wybrać osobę czy osoby, które będą kontaktowały się z lekarzem. Osoba chora może również nie życzyć sobie, aby ktokolwiek, również rodzina, wiedziała o jego stanie zdrowia. Dopiero po wyrażeniu zgody na przekazanie informacji rodzinie lekarz ma prawo to uczynić. Lekarz ma również obowiązek nieść ulgę w cierpieniu pacjentom, co oznacza, że powinien starać się np. uśmierzyć ból fizyczny osoby chorej za każdym razem, gdy ona o to prosi, a lekarz widzi na to szansę. Jeśli osoba chora ma jakiegokolwiek wahania, dotyczące swoich praw i obowiązków lekarzy, może zapoznać się z Kartą Praw Pacjenta, a z wszelkimi wątpliwościami zgłaszać się do Rzecznika Praw Pacjenta.

3

Gdzie szukać pomocy? O roli psychoonkologii

Istnieje wiele czynników, które mogą zadecydować o tym, jak poradzi sobie w sytuacji choroby nowotworowej osoba z diagnozą. Wśród nich wymienić można przeszłe doświadczenia, które kształtują najczęściej wyobrażenia o chorobie (np. czy do momentu diagnozy pacjent miał do czynienia z chorobą nowotworową, jeśli tak to czy to doświadczenia wyleczenia, czy też nie). Na skutek tych wyobrażeń osoba chora może mieć zmienioną percepcję przyszłych zagrożeń i zacząć przeżywać lęk przed czymś, co akurat w jej sytuacji grozi jej w minimalnym stopniu, właściwie nie przewyższającym stopnia zagrożeniu u osoby zdrowej (np. lęk przed całkowitą utratą sprawności fizycznej). Znaczenie w procesie radzenia sobie z chorobą mają również aktualnie posiadane zasoby, zarówno fizjologiczne (np. ogólny stan zdrowia, dotychczas przebyte choroby), emocjonalne i psychiczne (np. sytuacja w życiu prywatnym, poziom depresyjności, poziom wsparcia społecznego, osobowość), ale również zasoby związane z warunkami socjalnymi (np. warunki mieszkaniowe).

Sama świadomość wielu wcześniej opisanych aspektów choroby może wspomóc osobę z diagnozą nowotworu w procesie radzenia sobie z chorobą. Już sama wiedza o tym, co może nas czekać, czego możemy się spodziewać, co jest naturalne, a co powinno niepokoić może działać wspierająco, zmniejszając niepewność, która często jest przyczyną nawarstwiania się negatywnych emocji. Warto jednakże pamiętać, że sytuacja rozpoznania choroby nowotworowej to sytuacja bardzo trudna, często oceniana jako ekstremalna. Oznacza to, że może być ciężko poradzić

sobie z nią samemu, czy nawet ze wsparciem bliskich osób. Osobą specjalizującą się w pomocy pacjentom chorującym onkologicznie jest psychoonkolog. Sama psychoonkologia jest dziedziną interdyscyplinarną, w której oddziaływanie skupia się na psychologicznych aspektach choroby nowotworowej, jednakże obejmuje też szerszy zakres. Pierwszym z nich jest prewencja i promocja zdrowia, w którym to obszarze za niezwykle ważne uznaje się nie tylko promowanie zachowań, mających na celu zapobieganie i wczesne wykrywanie choroby, ale również zachowań ułatwiających leczenie w przypadku rozpoznania nowotworu. Drugim aspektem jest minimalizowanie psychologicznych skutków



choroby oraz leczenia, nie tylko u samych pacjentów, ale również u ich rodzin. Psychoonkologia zajmuje się również działaniami skierowanymi do personelu medycznego, skupiającymi się wokół psychoprofilaktyki oraz przybliżania personelowi sytuacji psychicznej i emocjonalnej pacjentów. Dziedzina ta stwarza ponadto przestrzeń do uwzględniania w programach nauczania studentów zagadnień psychoonkologii. Celem pracy psychoonkologa w kontakcie z osobą z diagnozą nowotworu jest więc złagodzenie bólu emocjonalnego i innych psychicznych następstw choroby i leczenia. Ten nadrzędny cel pracy psychoonkologa daje pacjentom możliwość skorzystania ze specjalistycznego wsparcia. Otrzymanie takiego wsparcia ma duże znaczenie z kilku powodów. Przede wszystkim ból i dyskomfort fizyczny, związany z chorobą już same w sobie obniżają jakość życia. Do tego dochodzą opisane powyżej częste psychologiczne następstwa choroby i leczenia. Współczesne badania z zakresu psychoneuroimmunologii pokazują, iż obniżony nastrój i silny stres mogą wpływać negatywnie na funkcjonowanie układu odpornościowego, którego

rola w walce z chorobą i efektami ubocznymi leczenia jest przecież nieoceniona. Oznacza to, iż otrzymanie specjalistycznej pomocy w sytuacji choroby nowotworowej może przyczynić się nie tylko do podniesienia jakości życia, ale być może również do procesu zdrowienia. Psychoonkolog może udzielić wsparcia w procesie akceptacji choroby, jak również w podejmowaniu różnych trudnych decyzji, jakie stają przed osobą z diagnozą, w tym decyzji o leczeniu. Ponadto zajmuje się poszerzaniem umiejętności pacjentów w zakresie radzenia sobie ze stresem, również poprzez stosowanie technik relaksacyjnych.

Rola psychoonkologa może zmieniać się w zależności od etapu choroby. Oczywiście pomoc zawsze dostosowana jest do aktualnych potrzeb chorej osoby, jednak na różnych etapach potrzeby pacjentów bywają podobne. W pierwszej fazie, kiedy u pacjenta podejrzewa się chorobę nowotworową, ale diagnoza nie jest jeszcze postawiona głównym obszarem jest wsparcie w radzeniu sobie z lękiem i wzmacnianiem stresu poprzez przekonanie „To na pewno rak i na pewno jest nieuleczalny”. Już po rozpoznaniu nowotworu i rozpoczęciu leczenia obszarem pomocy są często skutki uboczne podawanych leków i chemioterapii czy radioterapii. Na tym etapie niezwykle ważne jest rozważenie strat i korzyści z leczenia oraz wzmacnianie motywacji. Proces leczenia może okazać się niezwykle ciężki dla chorej osoby i to właśnie stan psychiczny może zadecydować, czy będzie ona w stanie kontynuować leczenie, czy też nie. W przypadku nawrotu choroby nowotworowej rola psychoonkologa to wsparcie w poradzeniu sobie z tą informacją, zaś na etapie remisji głównym obszarem są praca z lękiem przed nawrotem choroby, z zamartwianiem się, skanowaniem ciała w poszukiwaniu nowotworu. Psychoonkolog zachęca na tym etapie do zdrowej samoobserwacji, czyli takiej, która nie jest oparta na lęku, lecz pozwala na uważność w aspekcie funkcjonowania swojego ciała. Postawa taka umożliwia wprowadzenie zmian w życiu w kierunku zmniejszenia ryzyka nawrotu. Ponadto pacjent może skorzystać ze wsparcia w procesie usamodzielniania się po chorobie, powrotu do swoich codziennych ról życiowych – społecznych i zawodowych. Psychoonkolog udziela również wsparcia w fazie opieki paliatywnej, koncentrując się na pomocy w radzeniu sobie z bólem i z leczeniem skoncentrowanym na zminimalizowaniu objawów. Opieka psychoonkologa jest oczywiście dostępna także wtedy, gdy osoba chora znajduje się w fazie terminalnej, poprzez udzielanie takiej pomocy pacjentowi,

jakiej akurat oczekuje, zarówno w obszarze potrzeb psychicznych, jak i duchowych.

Osoby zajmujące się psychoonkologią dysponują różnymi możliwościami udzielenia wsparcia choremu. Pacjent może skorzystać – w zależności od potrzeb – z terapii indywidualnej oraz grupy wsparcia, może uzyskać pomoc w kryzysie poprzez interwencję kryzysową. Zazwyczaj pomoc psychoterapeutyczna udzielana jest w nurcie poznawczo-behawioralnym, przykładem jest racjonalna terapia zachowania, której celem jest m.in. redukcja stresu, odblokowanie możliwości dalszej aktywnej postawy czy uzyskanie poczucia kontroli nad sytuacją. Pacjenci wraz ze swoimi rodzinami czy innymi osobami wspierającymi mogą skorzystać z różnych warsztatów czy zajęć relaksacyjnych, jak również z poradnictwa małżeńskiego. Choroba to często czas niezwykle trudny dla relacji bliskich i to całkiem naturalne, że para może potrzebować wsparcia specjalisty. W ofercie psychoonkologii znajduje się również tzw. Program Simontona, zawierający wiele z wyżej opisanych technik, ponadto zaś oferujący np. metodą wizualizacji, która ma na celu wspomaganie procesu zdrowienia. Również rodzina chorego może otrzymać pomoc, bez względu na etap choroby, na jakim znajduje się obecnie chory. Osoby wspierające mogą skorzystać zarówno ze wsparcia emocjonalnego poprzez rozmowy indywidualne, z psychoedukacji czy terapii rodzin. Dbanie o swoje potrzeby jako osoby wspierającej może być trudne ze względu na błędne przekonanie: „Teraz to on (chory) jest najważniejszy”. To zrozumiałe, że energia po rozpoznaniu choroby nowotworowej koncentruje się wokół osoby z diagnozą, jednak, aby proces wspierania był efektywny i aby osoba wspierająca zachowała siły, które być może będą potrzebne przez bardzo długi czas, niezbędne jest uzupełnianie przez nią zasobów fizycznych, emocjonalnych i psychicznych. Zasoby te zaś uzupełnianie są właśnie poprzez dbanie o siebie i swoje potrzeby.

Współcześnie wiele badań pokazuje, że korzystanie ze wsparcia psychoonkologicznego podczas radzenia sobie z chorobą nowotworową może okazać się pomocne na wielu płaszczyznach. Wykazano, że lepszy stan psychiczny wiąże się z lepszym funkcjonowaniem układu odpornościowego, którego rola jest tak ważna w procesie zdrowienia. Udowodniono również pozytywny wpływ technik relaksacyjnych. Uczestnictwo np. w Programie Simontona wiązało się – jak pokazano w badaniach – nie tylko ze spadkiem odczuwanych skutków ubocznych leczenia, ale przede wszystkim wzrostem ogólnej jakości życia.

4

Pozafarmakologiczne sposoby radzenia sobie z bólem

Niewątpliwie jednym z najsilniej obniżających jakość życia chorego czynnikiem jest ból fizyczny. Wiąże się on nie tylko z cierpieniem fizycznym, ale również psychicznym. Ma również swoje negatywne konsekwencje fizyczne, takie jak problemy ze snem czy brak apetytu oraz psychologiczne, na przykład uczucie złości, depresja. Wiąże się także z konsekwencjami społecznymi, takimi jak wycofywanie się w relacjach bliskich. Współcześnie istnieje na szczęście szeroka gama możliwości farmakologicznego radzenia sobie z bólem. Lekarz ma obowiązek zareagować za każdym razem, gdy osoba chora skarży się na dolegliwości bólowe. Warto jednak pamiętać, że istnieją również inne techniki pomocne w redukcji nasilenia bólu, a ich zaletą jest to, że pacjent może z nich skorzystać zarówno podczas hospitalizacji, jak i w domu, czy gdziekolwiek indziej. Pozafarmakologiczne sposoby radzenia sobie z bólem obejmują oddziaływanie psychologiczne, mięśniowe i dietetyczne. Do tych ostatnich zalicza się wprowadzenie zmian w diecie, takich jak: redukcja soli, cukru, produktów pochodzenia zwierzęcego i żywności wysoko przetworzonej, natomiast wzbogacenie diety w świeże warzywa i owoce, czy takie środki jak parzony imbir. Celem działania jest tutaj zmniejszenie procesów zapalnych w organizmie, zatoksyczenia, gromadzenia wody czy obrzęków. Oddziaływania psychologiczne i mięśniowe w radzeniu sobie z bólem związane są z zależnością poziomu odczuwania bólu od stanu psychicznego. Współczesne badania jasno wykazały, iż im wyższy poziom napięcia i stresu, tym silniej odczuwany jest ból fizyczny. Oznacza to, że zły stan psychiczny osoby chorej może nasilić odczuwanie przez nią bólu, a jednocześnie zmniejszenie napięcia, odczuwanego stresu może zredukować poziom bólu fizycznego. Jednym ze sposobów jest oczywiście trening relaksacyjny czy techniki świadomego oddechu, które powodują obniżenie napięcia mięśniowego, odprężenie, a w efekcie pobudzenie naturalnych procesów organizmu, takich jak gojenie czy wydzielanie endorfin. W obszarze oddziaływań czysto psychologicznych w radzeniu sobie z bólem, osoby chore mogą skorzystać z pracy z wyobraźnią. Techniki takie jak wizualizacja bólu, rozmowa z bólem czy też skalowanie bólu pozwalają wzmocnić poczucie kontroli nad własnym ciałem. Następuje tu reakcja paradoksalna, ponieważ to właśnie koncentracja na bólu jest aktywnym czynnikiem

zmniejszającym poziom jego odczuwania. Ze skupieniem się na własnym bólu wiąże się również mobilizacja ciała do kontroli nad nim. Sama wizualizacja powoduje zwiększenie nadziei na wyzdrowienie, jak również uwalnia od emocji, takich jak lęk, strach, które to nasilają doznania bólowe. Pomocna może okazać się również praca z przekonaniami na temat bólu. Wśród przekonań, prowadzących do negatywnych emocji bardzo częste jest przekonanie o absolutnym braku możliwości kontroli nad bólem („Ból będzie się nasilał z każdą minutą”, „Już zawsze będzie mnie tak bolało”, „Już nigdy nie będę normalnie funkcjonował”). Zmiana tych przekonań, na oparte na faktach i obecnej sytuacji, nie zaś na lęku przed przyszłością, mogą znacznie obniżyć poziom odczuwanego bólu. Pamiętając o tym, iż ból to jedna z największych dolegliwości, z którymi zmagają się osoby chore, nauka technik minimalizowania go jest z pewnością warta rozważenia.



Zachowania prozdrowotne

Mimo że wielu osobom moment rozpoznania choroby wydaje się być momentem zbyt późnym na wprowadzenie w życie zachowań prozdrowotnych, jest dokładnie odwrotnie. Zachowania te mają oczywiście służyć profilaktyce, jednakże ich siła oddziaływania jest równie duża w procesie zdrowienia. Zachowaniami prozdrowotnymi nazywamy takie rodzaje aktywności, które nacelowane są nie tylko na ochronę zdrowia, ale również na poprawę aktualnego stanu. Do zachowań tych zalicza się: unikanie używek, takich jak papierosy, alkohol czy kawa, utrzymywanie zbilansowanej diety, wykluczającej produkty niezdrowe, a zawierające w największym procencie żywność zdrową, taką jak warzywa, owoce i produkty pełnoziarniste. W aspekcie żywienia dochodzi również dbałość o higienę odżywiania się, czyli np. regularność posiłków, czy niejedzenie tuż przed snem. Kolejnym elementem jest utrzymywanie aktywności fizycznej (dostosowanej do obecnego stanu fizycznego) oraz dbałość o regularny sen i wypoczynek, również z zachowaniem świadomości ile snu potrzebuje indywidualnie akurat nasz organizm. Do zachowań prozdrowotnych zalicza się również podnoszenie kompetencji w zakresie radzenia sobie ze stresem oraz poznanie własnych możliwości w tym obszarze – jaka jest indywidualnie moja odporność na stres? Jakie są granice, których nie powinienem przekraczać, abym mógł czuć się dobrze? Liczne badania pokazują, iż istnieje

jeszcze trzy ważne obszary, o które dbałość może przyczynić się do poprawy stanu nie tylko psychicznego, ale również fizycznego. Pierwszym z nich jest podtrzymywanie pozytywnych kontaktów z bliskimi osobami – rodziną, przyjaciółmi czy znajomymi. Drugim obszarem jest zapewnienie sobie częstego kontaktu z przyrodą, oczywiście zgodnie z naszymi preferencjami – mogą to być spacer, wycieczki, zabawa z psem czy kotem, w zależności od tego, co sprawia nam największą radość. Trzeci obszar to dbałość o wzbudzenie w życiu codziennym pozytywnych emocji poprzez zwiększenie aktywności przynoszącej poczucie spełnienia, zaangażowania, radości. Mogą to być nasze zainteresowania, hobby, ale również wspomniane wcześniej kontakty z bliskimi osobami, czy z przyrodą.

Niezwykle istotne w zwiększaniu ilości zachowań prozdrowotnych jest to, że pomagają one wzmocnić poczucie wpływu na swoje życie. Choroba nowotworowa często sprawia, że chora osoba traci poczucie kontroli nad tym, co się dzieje w jej życiu. To oczywiście dodatkowo obciąża psychicznie i może prowadzić do spadku motywacji do leczenia. Wprowadzanie w swoim życiu zmian, takich jak dbałość o zachowania prozdrowotne sprawia, iż zaczynamy czuć, że istnieje obszar, za który w pełni odpowiadamy. Oczywiście osoba chora nadal nie ma wpływu na fakt, że rozpoznano u niej nowotwór, ani na końcowy efekt leczenia, jednakże – i naprawdę warto to podkreślić raz jeszcze – nagle może dostrzec, że jest dużo obszarów, na które nadal ten wpływ ma. Może odkryć, iż przy zmianie odżywiania czuje się lepiej, że dbałość o regularny sen zmniejsza np. dolegliwości fizyczne, a dostarczanie sobie codziennie radości i zabawy, poprzez wydzielanie endorfin, zmniejsza dolegliwości bólowe. W efekcie może okazać się, iż nawet w sytuacji tak trudnej jak rozpoznanie nowotworu osoba chora nie jest w żadnym wypadku bezradna i nadal może wiele zdziałać, by czuć się lepiej.



Opracowała: **mgr Joanna Bylinka**

PROSTATA na LATA

Poradnik powstał z myślą o pacjentach chorych na raka stercza oraz o ich bliskich. Stanowi źródło wiedzy na temat różnych aspektów choroby nowotworowej. Pozwala zrozumieć zarówno jej przebieg jak i etapy leczenia, rozwiewa wiele obaw związanych z postrzeganiem raka gruczołu krokowego. Znajdują się w nim odpowiedzi na najczęściej zadawane przez pacjentów pytania. Wiedza zawarta w poradniku pozwoli lepiej się przygotować do długiego procesu terapeutycznego. Bardzo ważną częścią opracowania jest rola psychoterapii i świadomego zdrowienia w powrocie do zdrowia i pełni życia.

Mamy nadzieję, że niniejsza publikacja pozwoli choć trochę „oswoić” raka gruczołu krokowego i przyczyni się do Państwa sukcesu w walce z chorobą.

Poradnik jest dystrybuowany do placówek onkologicznych na terenie całej Polski.

Dostępna jest także wersja online na:

www.prostatanalata.pl

ORGANIZATOR

PARTNERZY HONOROWI

PARTNER