

15 września - Europejski Dzień Prostaty:



Każdy mężczyzna po 50. roku życia powinien raz w roku zgłosić się do urologa na specjalistyczne badanie diagnostyczne, które pozwoli na ocenę wielkości gruczołu krokowego, jak również na wczesne wykrycie raka.

Prostata - temat wstydlivy, bo się... kojarzy?

Epidemiolodzy alarmują, że w Polsce szybko wzrasta liczba zachorowań na raka prostaty, a co gorsza - zwiększa się także umieralność mężczyzn z tego powodu. Pewną pociechą jest fakt, że tempo to jest mniejsze niż w zachorowalności...

Można by powiedzieć, cóż, znak czasu - dłużej żyjemy, precyzyjniej diagnozujemy. Jest jednak przykry fakt: w krajach najbardziej rozwiniętych, jak USA i Europa Zachodnia, spada zarówno zachorowalność, jak i umieralność na raka prostaty. Czyli odwrotnie niż u nas. Zdaniem znawców jest to m.in. efekt bardziej rozwiniętej wczesnej diagnostyki raka prostaty, jak również stosowania najnowszych metod leczenia.

Na początku lipca na konferencji prasowej w Warszawie przedstawiono najnowsze dane Krajowego Rejestru Nowotworów, dotyczące raka prostaty. Jest on drugim - po raku płuca - najczęściej występującym nowotworem u mężczyzn. W 2012 r. na raka prostaty zachorowało blisko 11 tys. Polaków, a 4,2 tys. zmarło. Jak prognozują epidemiolodzy w 2015 r. zostanie wykrytych 14 tys. nowych przypadków raka prostaty, a 5 tys. chorych z wcześniej wykrytą chorobą umrze, po kilku, na ogół, latach leczenia.

Na Opolszczyźnie w 2012 roku na raka prostaty:

- zachorowało 227 panów (13,05%)
- zmarło 98 (7,14%)

Znawcy nie mają wątpliwości, że rak prostaty jest jedną z wielu współczesnych chorób cywilizacyjnych. Dość powiedzieć, że w połowie XIX w. uznawano go za chorobę tak rzadką, że niemal nie występującą. Ale w latach 50. minionego wieku w Polsce chorowało już ok. 7 proc. mężczyzn po 60. roku życia. W 2010 r. odsetek ten zwiększył się do 16 proc. i najprawdopodobniej nadal będzie rosnąć. Większość zachorowań (70 proc.) przypada na osoby w wieku 65-70 lat.

XXI wiek w medycynie Fakty i nadzieje

Nowa metoda wykrywania raka prostaty

Nowe badanie krwi może pozwolić postawić trafniejszą diagnozę, czy dany mężczyzna choruje, czy nie choruje na nowotwór prostaty (stercza). Do tej pory powszechnie stosowano określanie markera PSA (ang. *prostate specific antigen*, czyli specyficznego antygenu sterczowego). Jest to białko produkowane przez komórki nabłonkowe gruczołu krokowego. Niestety, często dawało to fałszywie pozytywne rezultaty, wskazując, że mężczyzna jest chory, a biopsja tego nie potwierdzała. Zgodnie z polskimi danymi, aż 25% panów z wynikami w granicach normy ma raka prostaty, a więcej niż połowa ze stężeniem PSA przekraczającym normę, ma zdrowy gruczoł krokowy. Badacze amerykańscy zamiast skupiać się na PSA, zajęli się związkiem oznaczonym skrótem EPCA-2. Ich zdaniem nowy test pozwoli trafniej diagnozować nowotwory prostaty i różnicować nowotwory ograniczone tylko do gruczołu krokowego od tych, które dały już przerzuty. Obecnie przy podejrzeniu raka tego narządu oznacza się w tym samym celu stężenie jednego z enzymów, a mianowicie kwaśnej fosfatazy sterczowej. Naukowcy planują dalsze próby kliniczne nowego testu.



Seks i masturbacja a rak prostaty

Ogłoszono wyniki najnowsze i największego do tej pory badania, dotyczące związku pomiędzy częstością ejakulacji a rakiem prostaty. Badanie, przeprowadzone przez naukowców amerykańskich, objęło łącznie 32 tys. mężczyzn. Obserwowano ich przez 18 lat. Rak gruczołu krokowego zdiagnozowano w tym czasie u 3839 panów. Uczestników badania pytano o częstość ejakulacji w różnych okresach życia. Analiza danych wykazała, że mężczyźni w wieku 40–49 lat, którzy miewali wytrysk nasienia co najmniej 21 razy w miesiącu byli znacznie mniej zagrożeni rakiem prostaty w porównaniu do panów, u których do ejakulacji dochodziło 4–7 razy w miesiącu. Zależność ta była widoczna nawet po uwzględnieniu wpływu diety, stylu życia i uczestnictwa w badaniach przesiewowych. Naukowcy nie odpowiedzieli jednak na pytanie, na czym dokładnie polega „ochronne działanie” częstych wytrysków. Wcześniejsze badania sugerowały, że może chodzić o skuteczniejsze „wypłukiwanie” związków karcynogennych. Nie zostało to jednak potwierdzone.

Siemię lniane a rak prostaty

Jak wskazują wyniki wstępnych amerykańskich badań, spożywanie siemienia lnianego może o połowę spowolnić wzrost guzów prostaty. Wpływa to bowiem na zwiększenie stosunku kwasów tłuszczowych typu omega-3 do omega-6. Badacze podzielili na 4 grupy 161 mężczyzn ze świeżo zdiagnozowanym rakiem

Czynniki ryzyka raka prostaty

- Ok. 9 proc. zachorowań ma podłoże genetyczne.
- Ryzyko jest ok. trzykrotnie większe u mężczyzn, których bliscy krewni chorowali na ten nowotwór w młodym wieku
- Wysoki poziom testosteronu
- Dieta wysokokaloryczna, bogata w nasycone kwasy tłuszczowe
- Czynniki środowiskowe: narażenie na kadm, promieniowanie jonizujące, a także ultrafioletowe.

Epidemiologia raka gruczołu krokowego w Polsce przypomina tę z krajów najbardziej rozwiniętych, tyle że... dwadzieścia lat temu. W latach 90. minionego wieku w USA i Europie Zachodniej po wprowadzeniu testów PSA oraz upowszechnieniu się m.in. takich badań, jak USG czy per rectum (palcem przez kyszkę stolcową) liczba chorych na raka prostaty zaczęła szybko rosnąć. U nas dzieje się tak teraz, z tą różnicą, że nie maleje, lecz rośnie, liczba zgonów.

Budzące obawy polskie dane mają także inny kontekst, a mianowicie: późno stawiane diagnozy i późno wdrażane leczenie. Generalnie bowiem panowie w Polsce lekceważą profilaktykę prostaty. Nawet kiedy zdają sobie sprawę, że coś jest nie tak, wizytę u urologa odwlekają pod byle pretekstem. Inną kwestią jest to, że kolejki do specjalistów w ramach NFZ są gigantyczne...

Tymczasem właśnie badania profilaktyczne po pięćdziesiątce, a nawet już po czterdziestce, wykonywane przynajmniej raz na 2-3 lata, a najlepiej co roku (mowa zwłaszcza o badaniu per rectum), to klucz do wykrycia raka prostaty na takim etapie, że leczenie nie stanowi problemu dla współczesnej medycyny.

Żaden też mężczyzna nie może dziś nie wiedzieć, że rak prostaty przez pierwsze lata może rozwijać się zupełnie bezobjawowo. Że gruczoł ten w miarę powiększania swojej objętości, daje objawy (choć nie zawsze), sugerujące łagodny rozrost, takie jak:

- częste oddawanie moczu,
- trudności z oddawaniem moczu,
- słaby strumień moczu,
- nagle uczucie parcia i konieczność pilnego oddania moczu.

W późniejszych stadiach mogą pojawić się: utrudnienia odpływu moczu z pęcherza, krwiomocz, ból okolic lędźwiowych i podbrzusza, zaburzenia wzroku, obecność krwi w spermie, spadek masy ciała.

Warto też skontrolować poziom białka PSA, albowiem gdy jest on podwyższony, może świadczyć o rozwoju nowotworu. Może, ale wcale nie musi. Wyz-



sze miano tego markera może mieć bowiem związek jedynie ze stanem zapalnym lub z łagodnym powiększeniem prostaty. Ale na pewno jest wskazówką do pogłębionej diagnostyki, m.in. przezodbytniczego badania ultrasonograficznego TRUS czy biopsji gruczołowej. Jeśli nawet choroba zostanie potwierdzona, to raczej w początkowym stadium, gdy może być skuteczna leczona.

Epidemiolodzy alarmują, że w Polsce ciągle jest bardzo niska wczesna wykrywalność tej choroby. Pod tym względem nasz kraj zajmuje w Europie trzecie miejsce od końca, co z pewnością rzutuje na wyniki leczenia (czyt. umieralność). Dość powiedzieć, że w krajach Skandynawii, mimo większej niż w Polsce zapadalności na raka prostaty (w przeliczeniu na liczbę mieszkańców) uzyskuje się znacznie wyższe niż u nas pięcioletnie przeżycia: w Finlandii - u 86 proc. mężczyzn, w Szwecji - u 84 proc., w Norwegii - u 80 proc.

Zatem wniosek jest dla panów oczywisty: badajcie się, zanim będzie za późno. Badajcie się nawet mimo faktu, że badanie per rectum należy, mówiąc oględnie, do mało komfortowych. Z ankiety wynika, że dla mężczyzn właśnie to badanie stanowi największą barierę, także psychologiczną, jako że kojarzy się, m.in. z pewną praktyką seksualną. Ale także z bólem. I tu nie bez winy są niektórzy lekarze, niezachowujący dość staranności i delikatności podczas badania. Potwierdzają to panowie po wizytach u kilku urologów. Różnice są diametralne. Dlaczego jedni lekarze mogą badać nie zadając bólu, a inni nie?...

Pał sięć jednak niewygodę czy nawet ból, jeśli w grę wchodzi zdrowie i życie. Praktyka pokazuje, że ta właśnie choroba wykryta wcześniej to ponad 90 proc. wyleczeń! Co więcej, jeśli zmiana nowotworowa dotyczy samego gruczołu, to współczesne techniki operacyjne pozwalają zachować u pacjenta nie tylko „trzymanie moczu”, ale także sprawność seksualną. Innymi słowy - leczenie pozwala mężczyźnie prowadzić dalej normalne życie! Gdy jednak choroba jest zaawansowana, operacja musi mieć szerszy zakres, a wtedy zaburzenia te mogą wystąpić. Zabieg chirurgiczny lub radioterapia to w raku prostaty norma; gdy choroba jest zaawansowana dochodzi chemioterapia i leczenie hormonalne. Niestety, leczenie hormonalne polegające na obniżeniu a nawet wyeliminowaniu testosteronu z organizmu mężczyzny, wyzwała proces andropauzy, przyczyniając się m.in. do osłabienia zdolności intelektualnych a przede wszystkim powikłań sercowo-naczyniowych. Dlatego chorzy na raka

gruczołu krokowego. Jedną jadła dziennie 3 łyżki stołowe siemienia lnianego, mieszając je np. z jogurtem czy wodą, oraz przestrzegając diety niskotłuszczowej. Drugą była grupą kontrolną, a członkowie dwóch pozostałych albo stosowali się do zaleceń diety niskotłuszczowej, albo jedli siemię. Większość wolontariuszy przeszła w trakcie miesięcznego eksperymentu operację chirurgicznego usunięcia prostaty. Aby sprawdzić, czy zmiany w stylu życia w jakikolwiek sposób wpłynęły na nowotwór, naukowcy zbadali DNA usuniętych komórek rakowych. Przyglądając się chromosomom, można było stwierdzić, czy aktywnie się one dzieliły, czy nie. Zgodnie z wynikami analiz, u mężczyzn, którzy jedli siemię (bez względu na to, czy przestrzegali diety niskotłuszczowej, czy nie) aktywnie dzieliło się o połowę mniej komórek nowotworowych niż u przedstawicieli grupy kontrolnej. Dieta niskotłuszczowa sama w sobie nie wpływała na wzrost guza. Nikt nie wie, dlaczego siemię tak działa. Badacze uważają, że podczas zastępowania w organizmie cząsteczek kwasów omega-6 cząsteczkami omega-3 może być wysyłany sygnał zahamowania podziałów komórkowych. W 3 łyżkach stołowych siemienia lnianego znajduje się ok. 4 gramów kwasów tłuszczowych typu omega-3. Wcześniej amerykański zespół podawał chorym tłuszcze rybne, które zawierają o wiele więcej kwasów omega-3. Towarzyszyło temu jednak odbijanie się, co wiele osób postrzegало jako nieprzyjemny efekt uboczny.

Dieta dla sercowców a rak prostaty

Zastępując część węglowodanów i tłuszczów zwierzęcych tłuszczami roślinnymi, np. oliwą, orzechami czy awokado, mężczyźni z rakiem prostaty mogą znacząco zmniejszyć ryzyko zgonu, zarówno z powodu choroby nowotworowej, jak i jakiegokolwiek innej przyczyny. W badaniu amerykańskim wzięło udział 4577 mężczyzn z nieprzerzutującym rakiem prostaty (diagnozę postawiono w latach 1986-2010). Podczas studium odnotowano 1064 zgony. Główną przyczyną były choroby sercowo-naczyniowe (31%), na drugim miejscu ex aequo uplasowały się rak prostaty i inne nowotwory (21%).

- Spożycie zdrowych tłuszczów i orzechów zwiększa stężenie przeciwutleniaczy w osoczu, zmniejsza zaś poziom insuliny oraz natężenie stanu zapalnego - twierdzą badacze - Procesy te mogą zahamować rozwój raka prostaty. Dotąd o korzystnym wpływie tłuszczów nienasyconych i szkodliwości tłuszczów nasyconych oraz trans wspomiano w kontekście zdrowia układu sercowo-naczyniowego. Nasze badania wykazały, że tłuszcze nienasycone mogą się sprawdzić także u pacjentów z rakiem gruczołu krokowego. Badacze analizowali spożycie tłuszczów nasyconych, jednonienasyconych, wielonienasyconych i trans. Osobno rozważano tłuszcze roślinne i zwierzęce. Okazało się, że u mężczyzn, którzy zastąpili 10% kalorii z węglowodanów zdrowymi tłuszczami roślinnymi, ryzyko śmiertelnego raka prostaty spadało o 29%, a ryzyko zgonu z jakiegokolwiek powodu o 26%.

prostaty umierają najczęściej właśnie z powodu powikłań sercowo-naczyniowych a nie bezpośrednio z powodu nowotworu.

Zapamiętaj!

Raz w roku zbadanie palcem kiszki stolcowej przez urologa oraz wykonanie testu PSA upewnia mężczyznę, że nowotwór prostaty na razie mu nie zagraża.

Inną, nową metodą „leczenia” jest ... brak leczenia. A właściwie zamiast radykalnego leczenia – obserwacja. Jak się łatwo domyślić taka sytuacja dotyczy wykrycia nowotworu we wczesnym stadium a na dodatek nowotworu nieagresywnego, gdy ryzyko, że może się on szybko rozwinąć, jest niewielkie. Z zagranicznych doniesień wynika, że mikroskopijny rak prostaty występuje u 30-40 proc. mężczyzn w wieku 55- 65 lat oraz u 60-70 proc. po 75. roku życia. Pozostaje on w uśpieniu przez długi czas (nierzadko do śmierci pacjenta z zupełnie innej przyczyny), a gdy zostanie wykryty we wczesnej postaci, nie wymaga natychmiastowego leczenia radykalnego; wystarczy monitorowanie, czyli: wykonywanie regularnych badań, jak test PSA, USG (przez odbyt, nie przez powłoki brzuszne) oraz biopsja. Budujące jest też to, że nowotwory prostaty niskiego ryzyka, dzięki rozwojowi badań diagnostycznych oraz upowszechnieniu w niektórych krajach badań przesiewowych (w Polsce nie prowadzi się badań przesiewowych w kierunku raka prostaty) wykrywane są coraz częściej. Biopsja (pobranie próbki tkanki prostaty) pozwala z dużym prawdopodobieństwem określić agresywność nowotworu i stopień zagrożenia (w skali Gleasona).

Rak prostaty, jak już wspomniano, nie jest chorobą wyłącznie mężczyzn starszych. Nierzadkie są przypadki panów w średnim wieku, którzy nie odczuwają żadnych dolegliwości przy znacznym rozwoju choroby. Bywa, że chorzy trafiają najpierw do ortopedy, skarżąc się na bóle w kościach; przerzut do kości to często pierwszy objaw raka prostaty.

Test PSA polega na badaniu we krwi poziomu antygenu (Prostate Specific Antygen), wytwarzanego przez komórki gruczołów prostaty, którego zadaniem jest upłynnienie nasienia. U zdrowych mężczyzn antygen przedostaje się do krwiobiegu jedynie w ilościach śladowych. Za prawidłowe uznaje się stężenie PSA od 0 ng/ml do 4 ng/ml. Wyższy poziom może świadczyć o łagodnym przerście lub zapaleniu. Czasami pozwala wykryć małego guza prostaty, ale na jego podstawie nie można określić, czy jest on agresywny i jak szybko będzie się rozwijał.

Urolodzy i onkolodzy apelują też do rozsądku panów, aby w razie pojawienia się trudności w oddawaniu moczu, nie próbowali się sami „leczyć” reklamowanymi lekami bez recepty. Owszem, mogą one ułatwiać oddawanie moczu, ale nie zahamują rozwoju raka prostaty. Ewidentnie zaś utrudnią postawienie diagnozy na czas...

Z niektórych europejskich badań wynika, że test PSA zmniejsza ryzyko zgonu z powodu raka prostaty, ale w najnowszych badaniach amerykańskich ta zależność nie jest już tak jednoznaczna. Niektórzy wręcz uważają, że wprowadzenie testu do badań przesiewowych wyrządza nawet więcej złego niż dobrego...

Jedno z takich badań trwające 20 lat doprowadziło badaczy do wniosku, że... lepiej skupić się na poszukiwaniu nowego, bardziej skutecznego sposobu niż test PSA. Z analizy wyników pięciu innych, dużych badań, wypływają podobne wnioski: test nie zmniejsza ryzyka zgonu, a jeśli nawet, to w bardzo niewielkim stopniu. Jeszcze inne, z najnowszych, amerykańskich badań wykazało, że na pięciu mężczyzn, u których przy życiu testu PSA wykryto guza, u dwóch rozwijał się on zbyt wolno, by można było zastosować jakąkolwiek terapię. Amerykańscy badacze nigdy wcześniej nie odradzali tych badań w sposób tak zdecydowany, że aż ich opinię poddano debacie publicznej.

Jednym słowem współczesna medycyna światowa **odchodzi w raku prostaty od skryningu populacyjnego**, gdyż prowadzi to do nadwykrywalności nowotworów prostaty, z których większość nigdy nie będzie wykryta. Jak najbardziej **zaleca natomiast skryning celowany**, nakierowany na osoby, u których występuje zwiększone ryzyko zachorowania na raka prostaty, a także na obserwację w przypadkach, które nie wymagają agresywnego leczenia - indywidualnie oceniając bilans korzyści i strat takiego postępowania.

Dwie trzecie Polaków po 40. roku życia nigdy nie wykonało badania profilaktycznego w kierunku raka prostaty - wynika z sondażu przeprowadzonego w 2013 r. w ramach kampanii „Prostata na lata”. Ponad 27 proc. ankietowanych w ogóle nie widzi nawet takiej potrzeby. Mężczyźni zaczynają się badać dopiero wtedy, gdy przekroczą 60. rok życia. W tej grupie połowa mężczyzn przynajmniej raz wykonała badania profilaktyczne. Wśród mężczyzn w wieku 40-59 lat badania profilaktyczne wykonywało jedynie 12,6 proc. osób, a zaledwie 2,2 proc. bada się raz w roku lub raz na dwa-trzy lata.

Ponadto dodatkowa porcja sosu przygotowanego na bazie oleju (łyżeczka) przyczyniała się do 29-proc. spadku ryzyka śmiertelnego raka gruczołu krokowego (ogólne ryzyko śmierci obniżało się o 13%). Uzupełniając posiłek kolejną porcją (2,8 dag) orzechów, można było zmniejszyć oba wskaźniki o, odpowiednio, 18 i 11%. Badacze wzięli poprawkę na kilka czynników, w tym rodzaj leczenia, wskaźnik masy ciała, palenie, aktywność fizyczną, nadciśnienie, poziom cholesterolu oraz czas postawienia diagnozy.

Córki a rak prostaty

Mężczyźni, którzy mają córki, nie synów, mogą być w większym stopniu narażeni na nowotwory prostaty. Izraelski zespół naukowców odkrył, że w przypadku ojców 3 córek (nieposiadających ani jednego męskiego potomka) ryzyko zachorowania na raka gruczołu krokowego wzrasta o 60%. Wyniki studium sugerują jednak, że nie chodzi o sam fakt splodzenia córek czy synów, ale o wpływ męskiego chromosomu płciowego Y. Brytyjscy eksperci uważają, że ten sam powszechnie występujący czynnik genetyczny oddziałuje zarówno na szansę zostania ojcem córki, jak i zapadnięcia na nowotwór prostaty. Naukowcy izraelscy zbadali ponad 38 tys. mężczyzn. Porównali rodziny 712 pacjentów onkologicznych z rodzinami pozostałych panów. W porównaniu do mężczyzn, którzy mieli przynajmniej jednego syna, mężczyźni posiadający tylko córki o 40% częściej chorowali na raka prostaty. Ryzyko wzrastało jeszcze bardziej, kiedy panowie mieli co najmniej 3 córki



i żadnego syna. Warto wspomnieć, że naukowcy szukali innego niż opisane wyżej wyjaśnienia zaobserwowanych różnic. Wymieniano chociażby większą dbałość o zdrowie panów z bardziej sfeminizowanych rodzin (a zaburzenia funkcjonowania prostaty są często wykrywane podczas badań przesiewowych) lub chęć wyjaśnienia przez mężczyznę faktu, czemu płodzi wyłącznie kobiety. Ponieważ nie znaleziono dowodów na ich potwierdzenie, nadal obstaje się przy wyjaśnieniu genetycznym.

Leki przeciwbólowe a przerost prostaty

Okazuje się, że zwykłe leki przeciwbólowe mogą zapobiec powiększeniu gruczołu krokowego - twierdzą badacze amerykańscy. Z ich badań wynika, że 80% spośród 2,5 tys. biorących w badaniu panów zażywało aspirynę, jednak podobne efekty zaobserwowano u łkających ibuprofen, naproksen czy takie inhibitory COX-2, jak Celebrex (celekoksyb). Wszyscy mężczyźni wypełniali w latach 1990-2002 roczne kwestionariusze. Ważnym odkryciem naukowców jest, że mężczyźni regularnie przyjmujący niesteroidowe leki przeciwbólowe doświadczali mniejszego przerostu prostaty (o ok. 50%). W tej grupie średnio i mocno nasilone problemy dotyczące dróg moczowych zredukowano do 35%. Być może niesteroidowe leki przeciwbólowe zapobiegają przerostowi prostaty, zmniejszając wzrost albo pobudzając śmierć komórek gruczołu krokowego. Niewykluczone, że wywierają także korzystny zdrowotnie efekt. Badacze podkreślają jednak,

A jest o co kruszyć kopie, albowiem po wykryciu choroby testem PSA aż u 30 proc. mężczyzn leczonych operacyjnie lub promieniami, dochodzi do poważnych skutków ubocznych, jak impotencja, nietrzymanie moczu, infekcja, a nawet zgon z powodu powikłań.

Przeciwnicy masowych testów PSA przekonują, że „u co trzeciego mężczyzny w wieku 40-60 lat może dojść do rozwoju raka prostaty, ale zdecydowana większość z nich nigdy się o tym nie dowie w ciągu całego swego życia, chyba że podda się testowi PSA”.

Nie brakuje jednak opinii, że taka ocena badań przesiewowych z udziałem testu PSA nie może oznaczać, iż jest on całkowicie nieprzydatny. U mężczyzn z podejrzeniem raka prostaty trzeba test wykonać, podobnie jak u mężczyzn zdrowych, chcących oznaczyć ten marker, ale w tym wypadku jednak z poinformowaniem o znaczeniu uzyskanego wyniku. Trudno też odmówić racji opinii, że to pacjent wspólnie z lekarzem powinien decydować o tym, jak się badać i leczyć...

Jak ochronić prostatę

- Dbać o właściwą dietę z nienasyconymi kwasami tłuszczowymi, witaminą A i E, karotenoidami, lycopenem (m.in. pomidory po przetworzeniu), selenem, fitoestrogenami, antyoksydantami (m.in. czerwone wino)
- Nie należy palić papierosów
- uprawiać często seks, zwłaszcza w wieku dojrzałym

Oceń swoją prostatę

1. Czy trudno ci rozpocząć oddawanie moczu?
2. Czy oddawanie moczu trwa zbyt długo?
3. Czy strumień moczu jest przerywany?
4. Czy po zakończeniu aktywnego oddawania moczu wypływa on nadal kroplami, niezależnie od twojej woli?
5. Czy potrzeba oddania moczu budzi cię częściej niż dwukrotnie w ciągu nocy?
6. Czy zdarza się, że ledwo zdążasz do toalety?

Twierdząca odpowiedź na jedno z pytań może oznaczać, że z gruczołem krokowym nie wszystko jest w porządku. Należy skonsultować się z lekarzem, zwłaszcza po przekroczeniu 50. roku życia.

Podsumowując:

- Na rozwój nowotworu prostaty wpływają m.in. wiek, rasa, predyspozycje genetyczne, używki, niezdrowa dieta oraz brak aktywności fizycznej.

- W Polsce przyczyną wysokiej umieralności na raka prostaty jest w dużej mierze zbyt późna diagnoza. Mężczyźni za późno zgłaszają się do lekarza z powodu wstydu przed badaniem. Wielu chorych nie poddaje się terapii, zwłaszcza chirurgicznemu usunięciu gruczołu krokowego, w obawie przed utratą potencji.
- Ryzyko zachorowania na raka prostaty w ciągu życia mężczyzny wynosi ok. 16 %, natomiast ryzyko zgonu z tego powodu już tylko 3%.
- Większość raków wykrytych dzięki testom PSA jest wyleczalna.
- Badania poziomu PSA zaleca się już od 40 roku życia.
- Skryning populacyjny nie jest zalecany, gdyż prowadzi do nadwykrywalności nowotworów, z których większość nigdy nie będzie zagrażała życiu (rak wolno rosnący, mały).
- Zaleca się celowany skryning, nakierowany na mężczyzn, u których występuje zwiększone ryzyko zachorowania na raka prostaty, a także obserwację w przypadkach, które nie wymagają agresywnego leczenia (po ocenie bilansu korzyści i strat takiego postępowania).
- Podniesiony poziom PSA nie świadczy jednoznacznie o zachorowaniu na raka prostaty.
- Nie ma takiego poziomu (niskiego) PSA, który gwarantowałby brak nowotworu.
- Poziom PSA należy rozpatrywać indywidualnie, biorąc pod uwagę, wiek, uwarunkowania genetyczne czy rasę pacjenta.
- Zaawansowany rak gruczołu krokowego staje się coraz bardziej chorobą przewlekłą. Dzięki nowym terapiom jakość życia z chorobą jest już na tyle dobra, że znaczna część tych osób może kontynuować swoją aktywność zawodową, realizować różne pasje życiowe
- Prawidłowa masa ciała i regularny wysiłek fizyczny są czynnikami, które zdecydowanie zmniejszają ryzyko wystąpienia tego nowotworu i poprawiają rokowania tych, u których już go zdiagnozowano. Z badań amerykańskich wynika, że chorzy, którzy w ciągu tygodnia ok. 4 godziny spacerują w tempie 5 km/h lub szybszym, mają o 40 proc. zmniejszone ryzyko zgonu i nawrotu choroby.

Tekst opracowano przy wykorzystaniu m.in. materiałów: www.wygrajmyzdrowie.pl, www.gladiator-prostata.pl, PAP

że nie wolno sobie samemu ordynować takich leków, ponieważ ich zażywanie wiąże się ze skutkami ubocznymi, np. zwiększonym ryzykiem krwawienia z jelit.

Rodzaj znieczulenia a rak prostaty

Metoda znieczulania pacjentów i kontrolowania bólu przy okazji usuwania prostaty z powodu gruczolakoraka może wpływać na długoterminowe rokowania. Opioidy, które są często używane podczas i po operacji, mogą hamować zdolność układu odpornościowego do zwalczania komórek rakowych. Wyniki amerykańskie sugerują, że uzupełnienie znieczulenia ogólnego znieczuleniem dokręgosłupowym przed radykalną prostatektomią ogranicza potrzebę podawania choremu opioidów po operacji. To z kolei wiąże się z niższym ryzykiem wznowy. Siła układu odpornościowego jest szczególnie ważna w chirurgii onkologicznej, bo manipulowanie przy guzie może rozprzestrzenić komórki nowotworowe, tymczasem system immunologiczny bywa upośledzony przez znieczulenie ogólne, stres i pooperacyjne wykorzystanie opioidów. Naukowcy zauważyli, że rokowania pacjentów, u których zastosowano znieczulenie ogólne i dokręgosłupowo podano któryś z długo działających opioidów, np. morfinę, były lepsze niż chorych poddanych wyłącznie znieczuleniu ogólnemu. W ramach studium akademicy analizowali rejestr prostatektomii, anestezjologiczną bazę danych oraz elektroniczną dokumentację medyczną. W ten sposób zidentyfikowali mężczyzn, którym między



styczniem 1991 a grudniem 2005 r. operowano prostatę z powodu gruczolakoraka. Raporty na temat wznowy, przerzutów i zgonów konsultowano z lekarzami pacjentów. Mimo że wyniki są obiecujące, trzeba je przetestować na próbie losowej.

Intensywny ruch, geny i rak prostaty

Naukowcy amerykańscy zidentyfikowali w zdrowej tkance prostaty mężczyzn z guzami gruczołu krokowego o niewielkim stopniu zaawansowania 184 geny, które pozwalają wyjaśnić, dlaczego aktywność fizyczna spowalnia chorobę i obniża ryzyko zgonu. Zbadali ok. 20 tys. genów zdrowej tkanki prostaty (pobrano ją od 70 pacjentów). Bazowali na innych ustaleniach z których wynikało, że szybki marsz, ewentualnie bieganie przez 3 godziny w tygodniu obniża ryzyko postępów choroby i zgonu po zdiagnozowaniu raka prostaty. Wiedząc, że się tak dzieje, pozostawało jeszcze odpowiedzieć na pytanie dlaczego. I tak poziom ekspresji ok. 20 tys. genów zestawiono z wzorcem aktywności fizycznej, opisanym przez badanych w kwestionariuszu. Okazało się, że w porównaniu do osób, które ruszały się mniej, u mężczyzn ćwiczących intensywnie co najmniej 3 godziny w tygodniu zwiększała się ekspresja 109 genów, a spadała 75. Wśród zwiększających swoją aktywność znalazły się np. geny supresorowe BRCA1 i BRCA2 (kodowane przez nie białka biorą udział w naprawie uszkodzonego DNA) oraz odpowiadające za przebieg cyklu komórkowego. Analiza uzyskanych danych nadal trwa.

W XXI wieku pacjent onkologiczny nie musi i nie powinien cierpieć z powodu bólu

Rak bez bólu (cz.4)

*W numerach czerwcowym, lipcowym i sierpniowym naszego miesięcznika zamieściliśmy kolejno trzy części artykułu, promującego ogólnopolską kampanię społeczno – edukacyjną, zainicjowaną w marcu br. przez Koalicję na Rzecz Walki z Bólem oraz Fundację Wygramy Zdrowie. Hasło przewodnie akcji, która potrwa do września br., brzmi: **Masz prawo do życia bez bólu na każdym etapie choroby nowotworowej. Domagaj się od swojego lekarza skutecznej terapii przeciwbólowej. Jej celem jest podniesienie świadomości społeczeństwa na temat możliwości leczenia bólu nowotworowego i praw, przysługujących cierpiącym pacjentom.***

Zachęcamy do odwiedzenia strony internetowej Kampanii <http://rakwolnyodbolu.pl>, na której znajduje się wiele cennych informacji o bólu nowotworowym i sposobach walki z nim. Materiały tam zamieszczone stały się podstawą poniższego artykułu, stanowiącego część czwarta (i ostatnią) materiału, promującego ww. kampanię społeczno-edukacyjną.

Opieka paliatywna

Według Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization – WHO) opieka paliatywna ma na celu poprawę, jakości życia chorych i rodzin, którzy zmagają się z problemami związanymi z chorobami zagrażającymi życiu, poprzez zapobieganie i ulgę w cierpieniu, dzięki wczesnemu rozpoznaniu, dokładnej ocenie i właściwemu leczeniu bólu oraz innych objawów fizycznych, a także problemów psychosocjalnych i duchowych.

Opieka paliatywna ma charakter interdyscyplinarny i obejmuje pacjenta, rodzinę oraz jego środowisko. W pewnym sensie, opieka paliatywna stanowi najbardziej podstawową formę opieki, która zaspokaja indywidualne potrzeby pacjenta, gdziekolwiek jest leczony – w domu lub w szpitalu.

Opieka paliatywna afirmuje życie i traktuje umieranie, jako normalny proces; nie przyspiesza śmierci, ani nie przedłuża umierania. Głównym założeniem jest zachowanie możliwie najwyższej, jakości życia aż do śmierci.

Niestety w polskim społeczeństwie wciąż pokutuje pogląd, że pod opieką lekarza medycyny paliatywnej jedynie się „odchodzi”. Stereotyp, że opieka paliatywna to opieka nad samotnymi umierającymi, a nie specjalistyczne leczenie objawów choroby, powoduje, że pacjenci odsuwają w czasie decyzję o zgłoszeniu się do specjalisty. Jednocześnie sami pacjenci, leczący się już w poradniach paliatywnych, zazwyczaj uważają, że trafili tam za późno.

Jakość życia

Pojęcie jakości życia pojawiło się w medycynie w latach siedemdziesiątych. Jedną z pierwszych definicji

jakości życia podała Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), zgodnie z którą jest to „stan pełnego fizycznego, umysłowego i społecznego dobrostanu, nie tylko braku choroby lub kalectwa”. W medycynie najbardziej przydatna okazała się jednak definicja jakości życia, uwarunkowanej stanem zdrowia (Health Related Quality of Live – HRQL), wprowadzona w 1990 roku przez Spitzera, która oznacza ocenę dokonaną przez chorego, a dotyczącą jego aktualnej sytuacji ze szczególnym uwzględnieniem wpływu choroby i leczenia.

Jakość życia w chorobie nowotworowej obejmuje cztery dziedziny:

- stan fizyczny i sprawność ruchową,
- stan psychiczny – emocje i poznanie; refleksje nad chorobą,
- sytuację społeczną i warunki ekonomiczne,
- doznania somatyczne,
- sferę duchową.

Choroba nowotworowa ma bardzo różne „oblicza”, różny przebieg kliniczny i różne prognozy przeżycia, w zależności np. od typu nowotworu, jego lokalizacji, czasu wykrycia, sposobu leczenia. Już samo podejrzenie rozpoznania nowotworu wywołuje bardzo silny lęk, poczucie zagrożenia i niepewność dalszego losu.

Choroba nowotworowa wiąże się z występowaniem różnych objawów, które w decydującym stopniu wpływają na jakość życia, np.:

- Zespół Wyczerpania Nowotworowego ma miejsce, gdy utrata wagi ciała przekracza 10% w ciągu ostatnich 3 miesięcy. W znaczącym stopniu pogarsza on jakość życia. Niekorzystne zmiany w wyglądzie ciała prowadzą u części chorych do przewlekłej depresji, ograniczeniu ulega życie seksualne i towarzyskie. Ciało odmawia posłuszeństwa, co prowadzi do uzależnienia od pomocy innych i uczucia bycia ciężarem dla rodziny.
- Osłabienie (astenia) uwarunkowane chorobą nowotworową (definicja NCCN – The National Comprehensive Cancer Network) to niezwykajne, trwałe, subiektywne poczucie zmęczenia związanego z chorobą nowotworową i/lub jej leczeniem, zakłócające zwykłe codzienne funkcjonowanie. Wśród klinicznych objawów charakterystycznych dla tego zespołu wymienić można: łatwe męczenie się, senność, ogólne osłabienie, ograniczenie wydolności fizycznej, stopniowe zmniejszanie codziennej aktywności, zaburzenia pamięci, trudności z koncentracją uwagi, upośledzenie czynności układu autonomicznego np. zaburzenia ortostatyczne. Astenia jest obecnie najczęściej występującym i najsilniej wpływającym na pogorszenie jakości życia objawem choroby nowotworowej występującym

Naukowcy sprawdzają, jakie szlaki ulegają wyłączeniu/stłumieniu pod wpływem ćwiczeń. W przyszłości zamierzają powtórzyć badania na większej próbie, w tym na mężczyznach, u których doszło do wznowy raka prostaty.

Herbata a rak prostaty

Mężczyźni, którzy piją dużo herbaty, są bardziej zagrożeni rakiem prostaty – twierdzą badacze brytyjscy, którzy analizowali stan zdrowia 6016 mężczyzn w okresie 37 lat. Okazało się, że u panów, którzy pili dziennie ponad 7 kubków herbaty, ryzyko wystąpienia raka gruczołu krokowego było o 50% wyższe niż u osób niepijących herbaty lub pijących mniej niż 4 kubki na dobę. Badanie rozpoczęło się w 1970 r. w Szkocji i objęło mężczyzn w wieku 21-75 lat. Uczestników poproszono o wypełnienie kwestionariusza, dotyczącego spożycia herbaty, kawy, alkoholu, a także palenia i ogólnego stanu zdrowia. Panowie przechodzili też badania przesiewowe. Do grupy wypijającej duże ilości herbaty zakwalifikowano nieco mniej niż 1/4 ochotników. Wśród nich w ciągu 37 lat 6,7% zapadło na raka prostaty. *Większość wcześniejszych badań wykazywała na brak związku między konsumpcją czarnej herbaty a rakiem prostaty lub na zabezpieczający efekt zielonej herbaty - mówią badacze. - Nie wiemy, czy to sama herbata stanowi czynnik ryzyka, czy też jej miłośnicy są po prostu zdrowsi i dożywają sędziwego wieku, kiedy częstotliwość raka prostaty wzrasta. Odkryliśmy, że mężczyźni spożywający dużo herbaty rzadziej mają nadwagę, nie*



piją alkoholu i mają zdrowy poziom cholesterolu. W naszych analizach wzięliśmy pod uwagę te różnice i nadal okazywało się, że panowie pijący najwięcej herbaty są bardziej zagrożeni rakiem gruczołu krokowego.

Sok z granatu a rak prostaty

Naukowcy amerykańscy zidentyfikowali składniki soku z granatów, które hamując ruch komórek nowotworowych oraz osłabiając ich przyciąganie przez sygnały chemiczne, nie dopuszczają do przerzutów raka prostaty do kości. Jeśli rak prostaty nawraca po operacji i/lub naświetlaniu, zazwyczaj kolejnym krokiem jest stosowanie blokerów hormonalnych. Ponieważ rak prostaty jest hormonozależny, ogranicza to wzrost komórek nowotworowych. Z czasem wskutek wyłączenia odpowiednich genów w wyniku hypermetylacji komórki tracą jednak receptory wrażliwe na hormony i rak tworzy przerzuty do kości, płuc oraz węzłów chłonnych, co przeważnie kończy się śmiercią pacjenta. Badacze zaaplikowali sok z granatu na odporne na testosteron hodowlane komórki raka prostaty (im bardziej komórki są odporne na hormon, z tym większym prawdopodobieństwem tworzą przerzuty). Zauważono, że komórki, które przeżyły zabieg, silniej do siebie przylegały i rzadziej migrowały. Następnie akademicy zidentyfikowali składniki soku, wywierające molekularny wpływ na przyleganie i migrację komórek rakowych, m.in. fenylopropanoidy (związki polifenolowe, będące estrami kwasu cynamonowego z cukrami), flawony i sprzężone kwasy tłuszcz-

zarówno w trakcie aktywnego leczenia, jak i w zaawansowanych stadiach choroby.

Większość pacjentów i ich rodzin doświadczają objawów stresu – dystresu, pod postacią lęku, depresji, gniewu czy poczucia winy, udręki, depresji, strachu przed samotnością i opuszczeniem.

Na jakość życia w chorobie nowotworowej ogromny wpływ mają również indywidualne formy przystosowania się do zaistniałej sytuacji, wpływają one na samopoczucie poprzez podwyższenie lub obniżenie subiektywnej oceny jakości życia (przy czym ocena jakości życia często nie koreluje z rzeczywistym stanem chorego).

Choroba, uniemożliwiając zaspokojenie wielu ważnych dla człowieka potrzeb, zaburza jego poczucie szczęścia. Prawidłowa reakcja człowieka polega na szukaniu wszelkich sposobów przywrócenia sobie dobrostanu. Najprościej dzieje się to przez usunięcie przeszkody, która stała się powodem dyskomfortu. W przypadku choroby nieuleczalnej taka możliwość nie istnieje. Pozostaje wówczas inna droga: dokonania w sobie zmian w zakresie sposobów reagowania na sytuację. Właśnie ten rodzaj zmian przyczynia się do zróżnicowania jakości życia. Niektórzy pragną przywrócić sobie dobre samopoczucie, uruchamiając podświadomie mechanizmy obronne: zaprzeczają, wypierają myśli o chorobie, zniekształcają jej obraz czyniąc go mniej groźnym itp. Inni mniej lub bardziej świadomie wypracowują postawę optymizmu, szukając pozytywnych wartości w swojej sytuacji, dochodzą po jakimś czasie do jej zaakceptowania. Szczególnie częstym sposobem uzyskania dobrostanu jest nadzieja, która jest zjawiskiem absolutnie powszechnym wśród osób poważnie chorych. Z tego też powodu nadzieja może przyczynić się do dobrej oceny jakości życia pacjenta niezależnie od rzeczywistego stanu jego zdrowia. Wszystkie wymienione czynniki sprawiają, że ocena jakości życia jest zjawiskiem bardzo złożonym i trudnym do interpretacji.

Psychoonkologia

Psychoonkologia jest interdyscyplinarną dziedziną medycyny, której rozwój przypada w Europie na lata 80- te. Problematykę badawczą psychoonkologii można ująć w trzy grupy:

1. Działania nastawione na psychoprewencję i promocję zdrowia ze szczególnym uwzględnieniem zachowań ułatwiających zapobieganie oraz wczesne wykrywanie i leczenie choroby nowotworowej.
2. Usuwanie lub łagodzenie psychologicznych i psychopatologicznych następstw choroby i leczenia u pacjentów onkologicznych i ich rodzin.
3. Działania psychoprofilaktyczne, nastawione na



personel medyczny zatrudniony na oddziałach onkologicznych.

Podstawowymi zadaniami psychoonkologii jest staranie o poprawę jakości życia pacjentów z chorobą nowotworową i ich rodzin, włączenie problemów psychoonkologicznych do programu nauczania studentów i personelu medycznego, działalność naukowo badawcza.

Psychoonkologia ma ogromne znaczenie w leczeniu bólu. Ból, zgodnie z obowiązującą definicją JASP, jest określany jako przykre doznanie zmysłowe i uczuciowe, wywołane przez uszkodzenie tkanek, rzeczywiste lub zagrażające lub które jest odczuwane jako uszkodzenie. Reakcje na ból dzielimy na somatyczne (mięśniowe, wegetatywne, hormonalne), emocjonalne (lęk, przygnębienie, rozdrażnienie) i behawioralne (zachowania, nastawione na unikanie lub łagodzenie bólu). W zjawisku bólu wyróżniamy próg czucia bólu (najmniejsze natężenie impulsu bólowego, który jest odbierane jako wrażenie bólu), oraz próg tolerancji bólu (największe natężenie bólu, które człowiek uważa za możliwe do zniesienia). Próg czucia bólu jest względnie stabilny, natomiast próg tolerancji jest w znacznej mierze zależny od stanu psychicznego - obniża się u osób przygnębionych lub załkniionych, podwyższa się w zaburzeniach świadomości. Leczenie bólu metodami psychologicznymi polega na podwyższaniu progu tolerancji lub podwyższaniu progu czucia. W pierwszej grupie działań należy wymienić działania za pomocą środków psychologicznych (np. sugestia, wizualizacja) oraz środków psychofarmakologicznych (środki przeciwlękowe, przeciwdepresyjne, uspokajające). Do drugiej grupy należą metody behawioralne np. relaksacja mięśniowa lub ćwiczenia oddechowe oraz hipnoza.

Niewiarygodne!? Ale, nie zaszkodzi spróbować!

Boli cię? Skrzyżuj dwa palce dłoni

Do tej pory krzyżowanie palców dłoni (np. palca środkowego z wskazującym) kojarzono głównie z zaklinaniem szczęścia. Jak wynika jednak z badań, takie zachowanie może omamić mózg i skłonić go, by... nie przesyłał sygnałów bólowych, uważając uczeni z prestiżowego University College London. Badacze mają też nadzieję, że ich odkrycie pomoże przede wszystkim osobom cierpiącym na bóle przewlekłe lub takie, które odczuwane są jeszcze długo, np. po przeprowadzonej operacji. - *To zdumiewające, ale okazuje się, że można wpływać na stopień odczuwania bólu przez manipulację, polegającą na przesunięciu jednej części ciała względem drugiej* - tłumaczy badaczka.

Dlaczego tak się dzieje? Otóż najprawdopodobniej mózg ma swoją mapę położenia ciała. Kiedy ta mapa ulega zaburzeniu - np. gdy jeden palec znajduje się na drugim - mózg zaczyna się gubić, skąd dokładnie pochodzi sygnał, i na wszelki wypadek blokuje przesyłanie bodźca.

Krzyżowanie palców może u niektórych osób zmniejszać odczuwanie nie tylko bólu, ale też gorąca czy chłodu.

czowe. - *Po zidentyfikowaniu możemy zmodyfikować składniki hamujące raka, by poprawić ich działanie i zwiększyć skuteczność zapobiegania przerzutom* - twierdzą badacze. - *Ponieważ geny i białka zaangażowane w ruch komórek raka prostaty są zasadniczo takie same, jak te biorące udział w przemieszczaniu innych rodzajów komórek nowotworowych, te same zmodyfikowane składniki soku mogą mieć o wiele szerszy wpływ na terapię onkologiczną.* Wyjaśniają też, że pewna ważna proteina, powstająca w szpiku kostnym powoduje, że komórki rakowe przemieszczają się do kości, gdzie zaczynają tworzyć nowe guzy. *Wykazaliśmy, że sok z granatu wyraźnie hamuje działanie tego białka i również z tego powodu ten napój daloby się wykorzystać, zapobiegając tworzeniu przerzutów do kości.* Badacze zamierzają przeprowadzić testy *in vivo*, by sprawdzić, czy wskazane wyżej związki działają tak samo (bez skutków ubocznych) w żywym organizmie.

Soja nie tylko dla kobiet

Genisteina, izoflawonoid występujący naturalnie w bobowatych (Fabaceae), m.in. soi, zapobiega przerzutom raka prostaty. Badacze amerykańscy ujawnili, że pozyskiwany w ten sposób lek zapobiegał metastazie w badaniach na zwierzętach, a teraz w drugiej fazie testów klinicznych z udziałem 38 mężczyzn z miejscowo zlokalizowanym rakiem prostaty. Okazało się, że tabletki z genisteiną, podawane raz dziennie przez miesiąc poprzedzający operację, korzystnie wpływały na komórki nowotworowe. Kiedy Amerykanie zbadali po zabiegu usunięcia guza/



prostatektomii komórki gruczolu krokowego, odkryli, że genisteina nasilała ekspresję genów hamujących inwazję komórek rakowych i obniżała ekspresję genów, które jej sprzyjają. Skoro już wiadomo, że izoflawonoid oddziałuje na komórki prostaty, teraz przyszedł czas na sprawdzenie, czy lek może powstrzymać komórki nowotworowe przed wydostaniem się poza prostatę. Gdyby się to potwierdziło, byłby to pierwszy przypadek wpływającej na ruch komórek rakowych nietoksycznej terapii onkologicznej. Te, które dotąd testowano na ludziach, były bowiem albo nieskuteczne, albo toksyczne. Badacze dywagują, że jeśli lek skutecznie zapobiegnie przemieszczaniu komórek raka gruczolu krokowego, teoretycznie podobna terapia powinna działać analogicznie na komórki innych nowotworów.

Składnik grzyba hamuje rozwój guza

Polisacharopeptyd (ang. *polysaccharopeptide*, PSP), wyekstrahowany z używanej w medycynie azjatyckiej hubki różnobarwnej (*Trametes versicolor*), podczas wczesnych testów na myszach okazał się 100-procentowo skuteczny w hamowaniu rozwoju guzów prostaty. Badacze ustalili, że u gryzoni PSP odbiera na cel komórki macierzyste raka gruczolu krokowego i hamuje formowanie guza. Co ważne, nie stwierdzono żadnych skutków ubocznych. Jak wyjaśniają badacze konwencjonalne terapie są skuteczne tylko w odniesieniu do określonych komórek nowotworowych, lecz nie do macierzystych komórek nowotworowych, które zapoczątkowały chorobę i przy-

Z raportu Instytutu Ochrony Zdrowia: Walka z rakiem nie powinna być walką z chorobą, ale przede wszystkim ma być obroną przed jej przyczynami.

Kooperacja, kompleksowość, kompetencja (cz.4)

W numerach czerwcowym, lipcowym i sierpniowym zamieściliśmy części streszczenie raportu Instytutu Ochrony Zdrowia (IOZ) pt. „Walka z nowotworami i opieka onkologiczna w Polsce wobec wyzwań demograficznych i epidemiologicznych – propozycje rozwiązań”. Jego autorami są: Witold Paweł Kalbarczyk, Mariusz Gujski, Stanisław Brzozowski, Zbigniew Tytko i Anna Scibek. Raport został zaprezentowany w kwietniu br. podczas seminarium Parlamentarnego Zespołu ds. Onkologii oraz Instytutu Ochrony Zdrowia (IOZ). Poniżej część czwarta streszczenia i ostatnia.

Skrót części drugiej: *Walka z nowotworami – wybrane elementy proponowanych rozwiązań na lata 2015–2024*

• Propozycje optymalnych rozwiązań

Instytut Ochrony Zdrowia, nawiązując do przesłania swojego raportu „Zdrowie priorytetem politycznym państwa – analiza i rekomendacje” oraz chcąc wnieść cząstkę odpowiedzi na pytania, jak skuteczniej niż dotychczas walczyć z rakiem w Polsce i jak zmieniać system leczenia onkologicznego – w drugiej części niniejszego raportu prezentuje opracowane przez jego autorów koncepcje niezbędnych pól koordynacji walki z rakiem, optymalny model leczenia onkologicznego oraz propozycje map potrzeb i prognoz w zakresie kosztów leczenia nowotworów w Polsce do 2035 r., ze stopniową relokacją środków z leczenia szpitalnego do AOS i hospitalizacji jednodniowych lub hostelowych.

Rak, podobnie jak wiele innych chorób (choroby układu krążenia, cukrzyca, choroby mózgu czy układu kostno-stawowego) jest w dużym stopniu skutkiem niezdrowego stylu życia. Dlatego walka z nim nie może skupiać się tylko na leczeniu skutków, ale w bardzo dużym stopniu, dużo większym niż kiedykolwiek do tej pory, powinna dotyczyć profilaktyki pierwotnej.

Walka z rakiem nie powinna być walką z chorobą, ale przede wszystkim obroną przed jej przyczynami. To wymaga zmiany naszego dotychczasowego podejścia do zdrowia. Zmiany demograficzne i związane z nimi koszty ekonomiczne i społeczne nakazują zmienić w Polsce paradygmaty dotyczące zdrowia. Należy zabiegać o życie w zdrowiu, a nie tylko walczyć z chorobą.

Drogą do tego celu jest debata publiczna na temat znaczenia, indywidualnej i zbiorowej, odpowiedzialności za zdrowie. Bez uświadomienia sobie, że konieczne jest wzięcie indywidualnej odpowiedzialności za swoje zdrowie, która przekłada się na zmianę stylu życia, nie będzie możliwe



w przyszłości zaspokojenie potrzeb zdrowotnych populacji.

Chcąc skutecznie walczyć z rakiem w nadchodzących latach w Polsce, nie można ignorować wiedzy o czynnikach ryzyka, których wpływ ma kluczowe znaczenie na tempo rozwoju czy wręcz występowanie nowotworów. To, czy czynniki te wywierają negatywny wpływ i przyczyniają się do rozwoju nowotworu, w ogromnym stopniu zależy od indywidualnych wyborów, ale także polityki podatkowej, edukacji, norm regulujących rynek pracy oraz medycynę pracy, a także zasad finansowania świadczeń zdrowotnych. Sięgając do sprawdzonych przez innych rozwiązań, możemy być pewni spodziewanych efektów.

Jedyny problem polega na tym, że działania i inwestycje w zdrowie podejmowane obecnie przyniosą pozytywne rezultaty nie za rok czy dwa, ale nawet za dziesiątki lat. Nie znaczy to bynajmniej, że nie należy ich podejmować – wprost przeciwnie. Każda złotówka przeznaczona na podtrzymanie zdrowia dzisiaj będzie skutkowała kilkakrotnie większymi oszczędnościami w wydatkach na leczenie chorób w przyszłości. Inwestując w zdrowie polskiej populacji dzisiaj, zwrot z inwestycji otrzymuje się nie tylko w postaci niższych kosztów leczenia w przyszłości, ale przede wszystkim długoletniej aktywności zawodowej i społecznej ludzi, generujących wzrost gospodarczy i cywilizacyjny Polski.

Mając świadomość nieuchronnych zmian demograficznych skuteczne działania na polu profilaktyki są dziejową koniecznością. Zdając sobie sprawę, że efekty takich działań są trudne do osiągnięcia w krótkiej perspektywie, duży nacisk w zakresie walki z chorobami nowotworowymi należy położyć także na optymalizację systemu leczenia onkologicznego.

W Polsce w ciągu ostatnich lat bez wątpienia dokonał się duży postęp w dostępności do nowoczesnego sprzętu diagnostycznego i leczniczego, niezbędnego do leczenia nowotworów. Wydaje się jednak, co potwierdziły liczne opinie ekspertów konsultujących autorów raportu, a także co potwierdzają dane o zapadalności na choroby nowotworowe i umieralności z ich powodu, że wysoki poziom umieralności jest spowodowany, oprócz wymienionych wcześniej czynników zwiększających zachorowalność, głównie zbyt późnym wykrywaniem nowotworów, zbyt długim czasem od ich wykrycia do podjęcia leczenia oraz suboptymalnym leczeniem pierwotnym.

Przy rosnącym zagrożeniu zapadalnością na nowotwory w związku ze starzeniem się ludności i stylem życia milionów Polaków, niezbędne jest zatem takie zorganizowanie w Polsce prewencji pierwotnej i wtórnej, badań przesiewowych grup ryzyka oraz procesów diagnostycznych i leczniczych, aby maksymalnie wykorzystać uzyskaną dzięki dużym nakładom finansowym dostępność do wysokiej jakości diagnostyki i przyspieszyć proces diagnostyki i leczenia. Częstkowe propozycje dotyczące tego, jak usprawnić i przyspieszyć proces diagnostyczny z udziałem lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej oraz przez zniesienie limitów na świadczenia onkologiczne znajdują się w tzw. pakiecie onkologicznym Ministerstwa Zdrowia.

W raporcie zaprezentowane zostały inne rozwiązania,

czyniły się do jej postępów. W czasie testów klinicznych zmodyfikowanym transgenicznie myszom przez 20 tygodni podawano PSP. U zwierząt karmionych PSP nie znaleziono żadnych guzów, podczas gdy u myszy z grupy kontrolnej (niekarmionych polisacharo-peptydem) guzy się rozwinęły. Zdaniem badaczy odkrycia potwierdzają, że PSP może być skutecznym czynnikiem chroniącym przed rakiem gruczolą krokowego, najprawdopodobniej obierając na cel populację komórek macierzystych nowotworu.

Czynniki metaboliczne w raku prostaty

Nadciśnienie, wysoki poziom cukru we krwi i wskaźnik masy ciała (a więc kryteria rozpoznawcze zespołu metabolicznego) zwiększają ryzyko zgonu z powodu raka gruczolą krokowego. Ponieważ naukowcy nie mieli wielu danych nt. związków między czynnikami metabolicznymi (rozważanymi pojedynczo oraz zbiorczo) a ryzykiem zdiagnozowania lub zgonu z powodu raka prostaty, przeanalizowali informacje, dotyczące blisko 300 tys. mężczyzn, biorących udział w projekcie Metabolic Syndrome and Cancer Project (Me-Can). Losy mężczyzn śledzono średnio przez 12 lat. W tym czasie u blisko 7 tys. osób zdiagnozowano raka gruczolą krokowego; 961 zmarło wskutek choroby. Okazało się, że u panów z najwyższym wskaźnikiem masy ciała i ciśnieniem ryzyko zgonu wzrastało, odpowiednio, o 36 i 62%. Gdy naukowcy brali pod uwagę wskaźnik łączony, wyliczony dla wszystkich czynników metabolicznych, także



stwierdzono, że mężczyźni z najwyższymi wynikami umierali z większym prawdopodobieństwem. Badacze nie znaleźli dowodów na to, że wysokie poziomy czynniki metabolicznych wpływają na ryzyko zachorowania na raka prostaty. Oznacza to, że o ile pacjenci z zespołem metabolicznym nie zapadają częściej na tę chorobę, o tyle jeśli się już u nich rozwinie, ryzyko zgonu jest wyższe. - *Observacje sugerują, że czynniki ryzyka sercowo-naczyniowego, takie jak nadwaga czy nadciśnienie, biorą udział w stymulowaniu postępów raka prostaty* – podsumowują badacze.

Plastry estrogenowe na raka prostaty

Plastry estrogenowe mogą być bezpieczną alternatywą dla tradycyjnej terapii hormonalnej raka prostaty (kastracji farmakologicznej) – twierdzą amerykańscy badacze. Podczas testów okazało się, że plastry obniżają poziom testosteronu w podobnym stopniu, jak iniekcje przy zastosowaniu LHRHa (agonistów hormonu uwalniającego luteotropinę). Iniekcje z LHRHa mogą wywoływać poważne skutki uboczne: uderzenia gorąca, osteoporozę, złamania kości i cukrzycę, dlatego badacze porównali je z plastrami, prowadząc studium z udziałem 254 pacjentów, u których rak prostaty był zaawansowany miejscowo lub zdążył już dać przerzuty). Okazało się, że plastry zmniejszały poziom testosteronu podobnie do iniekcji, jednak po roku chorzy z grupy LHRHa mieli wyższe stężenia glukozy i cholesterolu. Co istotne, plastry nie wpływały na serce i krzepliwość w takim stopniu jak stosowane

zdecydowanie mniej doraźne i poparte głębszą analizą oraz wsparte rekomendacjami ekspertów onkologii, pracujących nad „Strategią walki z rakiem w Polsce 2015-2024”. Są to tworzące sieć onkologiczną Centra Szybkiej Diagnostyki z koordynatorami diagnostyki terapii onkologicznej, a także centra wyspecjalizowane w kompleksowym leczeniu nowotworów o określonej lokalizacji narządowej – piersi (Breast Cancer Unit- BCU) oraz jelita grubego (Colon Cancer Unit - CCU), a w przyszłości także innych częstych nowotworów (płuca, kobiecych narządów rodnych czy prostaty).

Rozwiązania systemowe, aby były najlepiej dostosowane do lokalnych uwarunkowań epidemiologicznych i społecznych, winny być wypracowywane lokalnie, na terenie poszczególnych województw lub nawet ich podregionów, w drodze lokalnych kompromisów i umów pomiędzy podmiotami, tworzącymi placówki lecznicze, stanowiące system opieki onkologicznej, bez względu na ich publiczny lub prywatny charakter. Kluczem do stworzenia takich, optymalnych lokalnie, rozwiązań, jest umiejscowienie w centrum potrzeb pacjentów i dążenie do współpracy w celu ich zaspokojenia.

W interesie pacjentów onkologicznych, a tym samym nas wszystkich, jest, aby immanentną cechą systemu lecznictwa onkologicznego była silna kooperacja pomiędzy ośrodkami onkologicznymi w poszczególnych województwach, a nie silna konkurencja pomiędzy nimi lub – jak dotychczas w większości województw – jednoośrodkowy monopol tłumiący rozwój alternatywnych, na ogół mniejszych ośrodków onkologicznych, tak prywatnych, jak i publicznych.

Punktem wyjścia do optymalnych lokalnie rozwiązań winny być mapy potrzeb, sporządzone na podstawie jednolitej metodologii, z wykorzystaniem dostępnych danych epidemiologicznych, demograficznych i finansowych na poziomie regionalnym, tj. województw. Dzięki takiemu podejściu, w raporcie nazwanym „popytowym” można zbudować prognozę potrzeb, uwzględniającą strukturę demograficzną, epidemiologię określonych schorzeń, charakterystycznych dla wieku i płci, a tym samym odpowiadającą aktualnej i prognozowanej strukturze populacji danego regionu (województwa i znajdujących się w jego obszarze powiatów), a także przewidywanych kosztów leczenia tej populacji.

Prognoza kosztów winna być robiona na podstawie danych historycznych NFZ, dotyczących wszystkich świadczeń przypisanych do pacjentów wg wieku i płci. Takie podejście pozwala na zbudowanie wyjściowej (standardowej) prognozy kosztów czyli takiej, która zakłada kontynuację realizacji świadczeń w dotychczasowej ich lokalizacji, tj. w szpitalach lub AOS. Wszelkie ewentualne zmiany i ew. przekierowanie środków w lecznictwa szpitalnego do ambulatoryjnego można modelować, opierając się na przyjętych założeniach.

W raporcie znalazły się prognozy kosztów leczenia nowotworów złośliwych ogółem, raka piersi i raka jelita grubego do roku 2035 oraz cząstkowe mapy potrzeb onkologicznych w takim samym ujęciu (nowotwory złośliwe ogółem, rak piersi oraz rak jelita grubego) dla dwóch województw: dolnośląskiego oraz mazowieckiego. Wynika z nich, że wzrost

liczby chorych na powyższe nowotwory w poszczególnych subregionach województw wskazuje na konieczność rozwoju 2–4 nowych ośrodków diagnostyczno-leczniczych, w każdym z analizowanych województw, specjalizujących się w kompleksowym leczeniu tych nowotworów.

Raport wskazuje także, na podstawie konserwatywnych założeń tempa przenoszenia realizacji teleradioterapii i chemioterapii z trybu pełnej hospitalizacji do hospitalizacji hostelowej oraz ambulatoryjnej, że relokacja środków finansowych, uzyskanych w ten sposób, pozwoli na realizację dodatkowych, od kilku do kilkudziesięciu tysięcy świadczeń zabiegowych, chemioterapii i radioterapii rocznie, tak niezbędnych do skutecznego leczenia pacjentów onkologicznych w nadchodzących dziesięcioleciach w Polsce. Proces ten winien zostać zapoczątkowany już teraz i być skorelowany z rozwojem sieci hosteli przyszpitalnych oraz transportu chorych, a także chemioterapii, realizowanej w mobilnych centrach w miejscach zamieszkania pacjentów.

Wnioski i rekomendacje

Raport kończą rekomendacje, z których najważniejsze to:

1. Konieczność pilnego opracowania Narodowego Programu Walki z Chorobami Nowotworowymi na kolejną dekadę na podstawie „Strategii walki z rakiem w Polsce 2015–2024”.
2. Uznanie skrócenia czasu od podjęcia podejrzenia choroby nowotworowej do podjęcia optymalnego, adekwatnego do potrzeb pacjenta leczenia za najważniejszy operacyjny cel przyszłej ustawy o zwalczaniu chorób nowotworowych. Jej celem strategicznym powinna być mierzalna poprawa wskaźników epidemiologicznych: w pierwszej kolejności zmniejszenie umieralności oraz w drugiej, co jest bardzo trudnym wyzwaniem: zmniejszenie zapadalności na nowotwory zależne od stylu życia (głównie palenia tytoniu).
3. Opracowanie w 2015 r., a więc w pierwszym roku wdrażania strategii walki z rakiem w nadchodzącej dekadzie, map potrzeb onkologicznych na lata 2015–2035, jako punktu wyjścia do opracowania i wdrożenia optymalnego systemu opieki onkologicznej na poziomie, w pierwszej kolejności – województw lub regionów, a w drugiej – całego kraju.
4. Przyjęcie, że optymalny system walki z nowotworami w Polsce, służąc ludziami zdrowym i pacjentom onkologicznym musi się opierać na czterech wzajemnie sprzężonych zasadach 4x4: kooperacji, koordynacji, kompleksowości, kompetencji.

Wszystkie powyższe rekomendacje, aby przyniosły oczekiwane skutki, muszą być wsparte rzetelną komunikacją, w której odpowiedzialność będzie brała górę nad doraźnym celem politycznym czy osobistym. Zdrowie jako priorytet polityczny państwa i jeden z najważniejszych zasobów narodu, wymaga zdecydowanie bardziej odpowiedzialnego języka, treści i formy komunikacji.

w latach 60. pigułki estrogenu. Komentatorzy podkreślają, że wiele wskazuje na to, że w przyszłości będzie można leczyć raki gruczołu krokowego za pomocą plastrów lub żeli estrogenowych i nie wpłynie to na wzrost ryzyka udaru. Kolejnym krokiem jest ustalenie, czy plastry estrogenu ograniczają wzrost guza równie skutecznie jak obecne hormonoterapie, co sprawdzane jest na 660 pacjentach.

Nadmiar seksu sprzyja rakowi prostaty

Wyjątkowo bujne życie erotyczne zwiększa ryzyko raka prostaty. Amerykańscy badacze podstawie ankiet stwierdzili, że wysoka aktywność seksualna w trzeciej i czwartej dekadzie sprzyja rozwojowi raka prostaty. Mężczyźni, którzy przeszli chorobę przenoszoną drogą płciową, częściej chorowali na raka prostaty, natomiast w grupie osób ze zdiagnozowaną chorobą stwierdzono aż o jedną czwartą więcej mężczyzn, którzy w trzeciej dekadzie życia co najmniej 20 razy w miesiącu odbywali kontakty seksualne i/lub masturbowali się, przy czym onanizm okazał się formą aktywności obciążoną wyższym ryzykiem. Intensywność życia erotycznego po czterdziestym roku życia przestawała odgrywać równie istotną rolę, zaś po pięćdziesiątym sytuacja odwracała się zupełnie - aktywność seksualna wykazywała działanie ochronne... ze szczególnie pozytywnym wpływem masturbacji. Badacze tłumaczą to faktem, iż wraz z wytryskiem organizm seniorów pozbywał się nagromadzonych toksyn.

(informacje opracowane na podstawie materiałów, zamieszczonych na medycznych portalach internetowych oraz PAP)



W Paczkowie mówią rakowi „fuck”



Mariola i Dorota mieszkają w Paczkowie. Obie chorują na raka. Na co dzień nie tylko walczą z chorobą i nie poddają, ale także o chorobie mówią. Aby mówić jeszcze głośniej stworzyły grupę wsparcia o chwytliwie komponującej się angielsko-polskiej zbitce słów w nazwie, a mianowicie - „Fuck Rak”. Jakkolwiek by się nie „bulwersować” na to angielskie słowo (chyba każdy wie, co oznacza) to jednak trudno zaprzeczyć, że oddaje ono bardzo trafnie emocje oraz że może być bardzo... mobilizujące. Także do walki z groźną chorobą.

„Obie chorujemy na raka i pomysł na powstanie Grupy Wsparcia „Fuck Rak” narodził się spontanicznie – czytamy w liście do redakcji, napisanym przez obie paczkowianki. - Po kilku naszych spotkaniach przy zielonej herbatce w przemiłej cukierni „Bombonierka”, razem z naszą przyjaciółką Małgosią wpadłyśmy na pomysł, żeby spróbować podzielić się naszą wiedzą i doświadczeniem “w chorowaniu” z innymi osobami, których tak wiele jest w naszej okolicy. Nie wszyscy sobie radzą z chorobą, często, bez wsparcia rodzin i bliskich, zamykają się w swoich domach i rozpaczają. Dlatego celem powstania Grupy Wsparcia „Fuck Rak” była potrzeba rozmawiania głośno o chorobie. Przecież to nie wstyd, że akurat nas to spotkało. Nikt niczym nie zasłużył sobie na chorobę. Nie należy się chować w domu i czekać na najgorsze. Trzeba uświadamiać ludziom, że rak to nie wyrok, że da się z tym żyć. Że trzeba na jakiś czas się z nim zaprzyjaźnić, a potem skutecznie go “wyprosić”. Jak??? Właśnie. Dieta, pozytywne myślenie i zaufany lekarz. I wsparcie rodziny, przyjaciół. I pokonanie strachu. Strachu przed operacją, chemią, bólem... Przed wypadaniem włosów, wymiotami, chudnięciem i wykluczeniem. Samotnością.

I tutaj chcemy wkroczyć My, „Fuck Rak”. Omawiamy w grupie nasze samopoczucie po chemii i jej skutki. Podajemy ważne adresy, numery telefonów do przychodni onkologicznych. Pomagamy w znalezieniu optymalnej placówki, która zajmuje się leczeniem i terapią. Leczymy się w różnych szpitalach i mamy różne doświadczenia. Ważne jest zaufanie do lekarza i podejście personelu. Niestety spędzamy w szpitalach dużo czasu. I to, jak się tam czujemy, jest bardzo ważne. Grupa wspiera się też cennymi wpisami o dietach, alternatywnych terapiach, ziołach i sposobach walki z dopadającymi nas “dolkami”. Bo pozytywne nastawienie się do choroby to 90 procent sukcesu! Jesteśmy naszą lokalną, małą społecznością. Społecznością chorych i zdrowych. I to jest wielkie! Mamy wsparcie władz lokalnych i obietnice pomocy, i na pewno z nich skorzystamy. Chcemy zapraszać dietetyków, psychologów i lekarzy. Wystarczy, że przyjdzie lekarz rodzinny i odpowie nam na pytania, o które nie mamy czasu zapytać przy normalnej wizycie. Mamy mnóstwo pomysłów, pozytywnej energii i zapału. Musimy zarazić tym innych. Choroba niestety jest nieprzewidywalna, czasami... wygrywa. Będziemy działać “póki sił”, ale gdy ich braknie, ktoś inny poprowadzi Grupę.

W kręgu osób, które działają w naszej grupie, są osoby chore, nie ujawniające się. Czy to ze strachu, czy z powodu załamania...trudno powiedzieć. Nie bójmy się rozmawiać o chorobie. Każdego z nas może to spotkać. Rak to choroba przewlekła, jak cukrzyca i inne, i naprawdę da się z nią żyć. A przede wszystkim – da się z nią WYGRAC. Trzymajcie za NAS kciuki. Walczymy i WY walczcie razem z nami. Walczmy ze stereotypami, ze strachem i samotnością. Uświadamiamy sobie nawzajem, jak ważne jest zdrowe odżywianie i aktywność fizyczna. I do boju!!! Fuck Rak!

„Biuletyn informacyjny OCO”, miesięcznik Opolskiego Centrum Onkologii, www.onkologia.opole.pl

Redaktor naczelna: Krystyna Raczynska (e-mail: raczynska@onkologia.opole.pl)

Adres redakcji: 45-061 Opole, ul. Katowicka 66a, tel. 77 441 60 95, fax 77 441 61 32

Dyrekcja Opolskiego Centrum Onkologii: 77 441 6001, fax 77 441 6003,

Rejestracja (w nowym pawilonie): 77 441 6007 (8), Rejestracja Główna (w starym obiekcie): 77 441 6004 (5)

Skład i druk: Eurocent, 45-049 Opole, ul. Dwernickiego 4, tel. 77 44 10 777, biuro@eurocent.opole.pl

Druk sfinansowano m.in. ze środków Ministerstwa Zdrowia w ramach Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych