PORADNIK DLA PACJENTA

RAK PROSTATY

DIETA I AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA







IPSEN
Innovation for patient care

CZĘŚĆ 1
Dieta u pacjenta onkologicznego wraz z przepisami



1. Interwencja żywieniowa u pacjenta onkologicznego 3
2. Żywienie a nowotwór prostaty 5
3. Zalecenia żywieniowe w celu redukcji i utrzymania prawidłowej masy ciała u pacjentów z nowotworem prostaty 6
4. Przepisy tzw. łatwe do wdrożenia w codziennym życiu, proste zamienniki 8
5. Bibliografia 10

CZĘŚĆ 2
Fizjoterapia i aktywność fizyczna jako element leczenia w nowotworach prostaty



1. Rola nawyków życia codziennego w radzeniu sobie z dolegliwościami towarzyszącymi nowotworowi prostaty 16
2. Trening mięśni dna miednicy jako element radzenia sobie z konsekwencjami leczenia nowotworu prostaty 18
3. Aktywność fizyczna u osób z nowotworem prostaty 21
4. Wsparcie psychologiczne 27
5. Bibliografia 28

Opracował:
Dr hab. n. med. Sławomir Poletajew - urolog
Dr n. med. Daria Domańska-Senderowska – dietetyk
Dr n. med. Anita Sikora-Szubert – fizjoterapeuta, psycholog

We współpracy z firmą Ipsen Poland sp. z o.o.

UWAGA:
Poradnik ma charakter informacyjno-edukacyjny i nie może być traktowany, jako zastępujący poradę lekarską. Poradnik nie może być wykorzystywany w celach diagnostycznych. W przypadku wątpliwości co do stanu zdrowia lub postępowania w przypadku choroby należy skonsultować się z lekarzem.

WSTĘP

Rak prostaty stał się najczęstszym nowotworem złośliwym rozpoznawanym u mężczyzn w Polsce. Każdego roku w naszym kraju notuje się ponad 16 tysięcy zachorowań. Postęp medycyny zaowocował opracowaniem wysoce skutecznych metod wczesnej diagnostyki, jak i leczenia na każdym etapie zaawansowania choroby. Większość mężczyzn z nowotworem prostaty może zostać skutecznie wyleczona z choroby, zaś nawet w zaawansowanych przypadkach możliwe jest długie przeżycie w toku leczenia paliatywnego.

Interwencje medyczne u mężczyzn z rakiem stercza nie ograniczają się aktualnie jedynie do podstawowego postępowania terapeutycznego. O ile operacja wycięcia prostaty, naświetlanie prostaty, czy leczenie hormonalne wciąż stanowią główny punkt leczenia, o tyle coraz więcej uwagi poświęca się ogólnemu stanowi zdrowia i zasadom codziennego funkcjonowania mężczyzn, których optymalizacja i właściwa kontrola stanowią ważne uzupełnienie terapii. Również sami pacjenci często chcą wiedzieć co mogą zrobić dla swojego zdrowia, dla poprawy rokowania w aspekcie raka prostaty, dla zwiększenia skuteczności wdrażanego leczenia. W tym ujęciu kluczowe znaczenie zyskują interwencje dietetyczne oraz utrzymywanie regularnej aktywności fizycznej o umiarkowanej intensywności. W kontekście opieki fizjoterapeutycznej, nieodzownym elementem jest ponadto poprawa trzymania moczu oraz ćwiczenia rehabilitacyjne w tym zakresie u mężczyzn poddanych wycięciu prostaty lub radioterapii z następowymi zaburzeniami trzymania moczu. Niniejszy poradnik dla Pacjentów, przygotowany przez Dietetyczkę i Fizjoterapeutkę, omawia przedmiotowe kwestie w przystępny sposób, będąc jednocześnie źródłem konkretnych sugestii z zakresu postępowania żywieniowego oraz rehabilitacyjnego.

Zdrowa dieta, utrzymywanie należnej masy ciała i odpowiedniego składu ciała, regularna aktywność fizyczna, czy unikanie palenia papierosów i spożycia alkoholu są aktualnie ważnymi zalecaniami dla mężczyzn z nowotworem prostaty, niezależnie od zaawansowania choroby i innych czynników. Pozwalają one na poprawę efektywności leczenia, ograniczenie

ryzyka powikłań leczenia oraz poprawę jakości życia. U mężczyzn z zaawansowanym nowotworem prostaty regularna kontrola ciśnienia tętniczego krwi, profilu lipidowego, gospodarki węglowodanowej oraz gęstości mineralnej kości stanowi uniwersalny i standardowy element diagnostyki i kontroli przebiegu leczenia. W wielu przypadkach opieka urologa i/lub onkologa staje się niewystarczająca, gdy konieczne jest jej uzupełnienie o wsparcie dietetyka, fizjoterapeuty, kardiologa, ortopedy, czy innego specjalisty.

Leczenie z powodu raka prostaty ma charakter przewlekły, może mieć przebieg etapowy. Jednak niezależnie od zaawansowania leczenia, zawsze zasadna jest poprawa lub wdrożenie właściwej diety oraz aktywności fizycznej. Niniejszy poradnik ma nie tylko przedstawić zagadnienia związane z żywieniem i fizjoterapią, ale również nakłaniać i motywować do dobrych zmian w codziennych nawykach i funkcjonowaniu, których celem jest skuteczne leczenie i długie życie.

Dr hab. n. med. Sławomir Poletajew

DIETA

1. INTERWENCJA ŻYWIENIOWA U PACJENTA ONKOLOGICZNEGO

Prawidłowa ocena zmian klinicznych, które występują podczas choroby nowotworowej, jest niezbędna do wyboru odpowiedniej interwencji żywieniowej. Wpływa ona na stan odżywienia, skład ciała, skuteczność leczenia pacjenta onkologicznego i ostatecznie zmniejsza ryzyko powikłań oraz poprawia przeżycie i jakość życia.



Odżywianie jest jednym z czynników w onkologii, wpływającym na rozwój choroby, objawy, odpowiedź na leczenie przeciwnowotworowe i powrót do zdrowia po leczeniu, a tym samym ma silny wpływ na jakość życia i rokowanie choroby.

Cechą analizy składu ciała w chorobie nowotworowej jest zanik masy mięśniowej, związany z obniżoną wydolnością czynnościową, częstszym stosowaniem chemioterapii, zwiększoną częstością hospitalizacji i możliwością wystąpienia powikłań interwencji medycznych. Badania przesiewowe i ocena ryzyka żywieniowego pozwalają na wczesne wykrycie niedożywienia, a także na szybką interwencję żywieniową mającą na celu zapobieganie pogorszeniu odżywiania i zanikowi mięśni. Aktywna ocena zmian klinicznych zachodzących podczas leczenia i przebiegu choroby nowotworowej jest niezbędna do wyboru odpowiedniej indywidualnej interwencji żywieniowej, mającej na celu najlepszy wpływ na wyniki badań pacjentów.

W związku z tym żywienie pacjenta onkologicznego powinno być spersonalizowane oraz zbilansowane z uwzględnieniem składników odżywczych, witamin, minerałów, nawodnienia oraz kaloryczności. Interwencja żywieniowa podczas leczenia onkologicznego powinna zapewniać pacjentowi odpowiednią ilość energii, białka, odpowiednich tłuszczów, węglowodanów, witamin, składników mineralnych oraz płynów. Najważniejszym celem interwencji żywieniowej u pacjentów onkologicznych jest przede wszystkim uzyskanie i utrzymanie optymalnej masy ciała, ewentualne zapobieganie lub korygowanie niedoborów składników odżywczych i mineralnych, zmniejszenie skutków ubocznych terapii onkologicznej i poprawa tolerancji leczenia oraz wspomożenie układu odpornościowego pacjenta.

Podstawowe zasady zbilansowanego żywienia u pacjentów z chorobą nowotworową:

- Jeść 4-5 a nawet 5-6 niewielkich objętościowo i regularnych posiłków; możliwość indywidualnych zaleceń do częstości posiłków
- Zadbać o nawodnienie w ilości 8-10 szklanek wody dziennie
- Jeść codziennie warzywa oraz owoce (jeżeli musimy ograniczyć podaż błonnika pokarmowego, spożywamy ich postać przetworzoną – kremy, przeciery, musy, koktajle, soki),
- Spożywać odpowiednią ilość właściwych kwasów tłuszczowych zwłaszcza kwasów z rodziny Omega-3 oraz Omega-6, ograniczać tłuszcze zwierzęce
- Spożywać ryby co najmniej 2 razy w tygodniu,
- Unikać alkoholu, słodyczy oraz produktów ciężkostrawnych i wzdymających oraz ostrych przypraw
- Posiłki w większości przygotowywać metodą gotowania na parze, duszenia czy pieczenia w folii,
- Przygotowane posiłki spożywać powoli,
- Zawsze używać świeżych produktów do przygotowywania posiłków,
- Spożywać produkty z różnych grup żywności, unikamy monotonii w diecie; dbać aby dania były apetyczne

Indywidualne interwencje żywieniowe w leczeniu onkologicznym wymagają często wprowadzenia odpowiednich preparatów odżywczych czyli tzw. dietetycznych środków specjalnego przeznaczenia medycznego. Środki te dostarczają pacjentowi niezbędne składniki odżywcze, na które zapotrzebowanie jest zwiększone w czasie choroby nowotworowej.

2. ŻYWIENIE A NOWOTWÓR PROSTATY

Wykazano, że jednym z czynników skorelowanych ze zwiększonym ryzykiem zachorowania na raka gruczołu krokowego jest otyłość. Do przyczyn zwiększonego ryzyka wystąpienia raka stercza u otyłych mężczyzn należą: przewlekły stan zapalny, podwyższony poziom insulinopodobnego czynnika wzrostu-1 (IGF-1), obniżony poziom testosteronu oraz inne czynniki, takie jak powiększenie prostaty oraz nagromadzenie tkanki tłuszczowej-brzusznej. W badaniach wykazano, że rak stercza jest wysoce zależny od metabolizmu lipidów, a wolne kwasy tłuszczowe są w stanie wpływać na wzrost, proliferację, różnicowanie i aktywność komórek nowotworowych poprzez wiązanie z kilkoma celami biologicznymi, takimi jak jądrowy PPAR-γ.



Udowodniono, że tłuszcze nasycone mogą zwiększać ryzyko śmierci związanej z rakiem stercza, podczas gdy wysokiej jakości tłuszcz roślinny może wywierać działanie ochronne po zdiagnozowaniu raka prostaty bez przerzutów. Wyniki badań sugerują ponadto, że zwiększone spożycie warzyw i owoców (zawarte w nich przeciwutleniacze oraz polifenole), zmniejszone spożycie czerwonego mięsa i tłuszczów nasyconych są związane ze zmniejszonym ryzykiem wystąpienia raka prostaty oraz zwiększonym czasem wolnym od progresji oraz ogólnym przeżyciem pacjentów z rakiem stercza.

Aktualne wyniki metaanaliz nie potwierdzają związku pojedynczych składników pokarmowych: węglowodanów, tłuszczów i kwasów tłuszczowych, owoców i warzyw, mięsa i alternatyw dla mięsa, witamin, minerałów i herbaty z ryzykiem zachorowania na raka stercza. Kilka metaanaliz sugerowało korelację dodatnią pomiędzy spożyciem mleka i nabiału a ryzykiem rozwoju raka prostaty, jednak wyniki badań okazały się niespójne. Sprzeczne wyniki wśród rodzajów produktów mlecznych i źródeł wapnia sugerują, że inne pierwiastki zamiast tłuszczu i wapnia mogą być odpowiedzialne za wzrost ryzyka raka prostaty.

Wykazano potencjalnie korzystną rolę likopenu w prewencji raka stercza. Likopen występuje w dużym stężeniu w prostacie i jest najsilniejszym przeciwutleniaczem

spośród karotenoidów. Uważa się, że dzięki swoim właściwościom antyoksydacyjnym likopen może zmniejszać uszkodzenia DNA w prostacie. Potrzebne są jednak dalsze badania, aby lepiej zrozumieć mechanizmy działania likopenu w prostacie, a także wpływ innych czynników modulujących te mechanizmy, które w większości pozostają nieznane. Jeśli chodzi o wzorce żywieniowe, przestrzeganie diety śródziemnomorskiej wydawało się mieć nieco ochronny wpływ na ryzyko raka prostaty, ale związek ten nie był statystycznie istotny.

Rozważenie wzorców żywieniowych zamiast pojedynczych składników odżywczych lub żywności może być bardziej odpowiednie, ponieważ na ogół nie spożywamy składników odżywczych oddzielnie, a skutki zdrowotne mogą być współzależne. Ponadto jednym z problematycznych aspektów badań obserwacyjnych dotyczących żywienia jest to, że mierzą one spożycie diety tylko raz (np. w punkcie odniesienia); jednak spożycie diety podczas obserwacji nie musi być odzwierciedlone w wyjściowym pomiarze spożycia. Bardziej odpowiednie może być wielokrotne mierzenie spożycia żywności lub przestrzegania wzorców żywieniowych podczas choroby nowotworowej.

Ostatnie badania wykazały, że mikroflora jelitowa przyczynia się do powstawania nowotworów w niektórych narządach i również w przypadku raka prostaty może odgrywać istotną rolę. Potrzeba jednak więcej badań potwierdzających rolę mikroflory jelitowej w rozwoju na raka stercza.

3. ZALECENIA ŻYWIENIOWE W CELU REDUKCJI I UTRZYMANIA PRAWIDŁOWEJ MASY CIAŁA U PACJENTÓW Z NOWOTWOREM PROSTATY

- Pamiętaj, że śniadanie to najważniejszy posiłek w ciągu dnia i powinno być spożyte do godziny po przebudzeniu.
- Pamiętaj o 4-5 posiłkach w ciągu dnia w regularnych odstępach czasu.
- Pamiętaj o spożyciu codziennie w kilku posiłkach warzyw oraz owoców (owoce spożywaj w mniejszej ilości niż warzywa)
- Jeśli brak Ci czasu na przygotowanie posiłku, postaraj się zrobić to dzień wcześniej lub zabierz z sobą kanapkę, jogurt naturalny, czy owoc.

- Nie omijaj posiłków, nawet jeśli wiesz, że nie zawierają dużo mniej kalorii.
- Wybieraj chude mięsa i wędliny wysokogatunkowe, jedz również ryby i drób.
- Pamiętaj o spożyciu białka roślinnego np. soczewica, fasola.
- Zmień proporcje: Zmniejsz spożycie tłuszczu zwierzęcego a zwiększ zdrowych kwasów tłuszczowych z rodziny omega 3 i omega 6 np. odpowiednio ryby, olej słonecznikowy.
- Staraj się unikać słodyczy, produktów i potraw o dużej zawartości cukru w różnych postaciach (np. napoje słodzone).
- Jeśli spożywasz posiłki przygotowane przez innych, staraj się wybierać to co jesz.
- Czytaj uważnie etykiety. Istotna jest nie tylko wartość kaloryczna, ale także zawartość tłuszczów nasyconych, cukrów oraz zawartość sodu.
- Pamiętaj o piciu wody około 6-8 szklanek na dzień (1,5-2 l). Płyny można uzupełniać herbatami ziołowymi oraz zieloną, czerwoną, białą.
- Unikaj soli, którą dodajemy do wielu produktów oraz jest ona dodawana do wielu produktów gotowych.
- Pamiętaj o aktywności fizycznej (minimum 30 min. dziennie około 5 razy w tygodniu).
- Ograniczaj alkohol.
- Stosuj następujące techniki kulinarne takie jak: pieczenie, duszenie, gotowanie na parze.
- Pamiętaj o utrzymaniu prawidłowej masy ciała



4. PRZEPISY TZW. ŁATWE DO WDROŻENIA W CODZIENNYM ŻYCIU, PROSTE ZAMIENNIKI

ŚNIADANIA:



Owsianka z jabłkiem (1 porcja) - 3 łyżki płatków owsianych, łyżka otrębów owsianych, 200 ml mleka, małe jabłko lub pół dużego, łyżeczka miodu + do polania, 1/5 łyżeczki przyprawy korzennej/cynamonu, szczypta soli 1 łyżka płatków migdałowych. Płatki owsiane i otręby zalać gorącą wodą do ich poziomu. Przykryć talerzykiem i odczekać 3,4 minuty, aż wchłoną cały płyn. Mleko zagotować. Dodać płatki, szczyptę soli i przyprawę. Gotować ok. 2 minut. Po tym czasie dodać starte jabłko, miód i gotować na małym ogniu 5 minut do uzyskania pożądanej konsystencji. Przekładamy do ulubionej miseczki, posypujemy płatkami migdałów i polewamy odrobiną miodu.

Pasta z tuńczyka (1 porcja) ok 40g tuńczyka w sosie własnym, łyżka serka białego lub jogurtu naturalnego, 1 łyżeczka szczypiorku, zioła, podawać z kromką chleba razowego.

OBIADY:



Zupa pomidorowa z ryżem (1 porcja)
Składniki: 1 porcja włoszczyzny, 30g ryżu brązowego, 1 łyżka natki pietruszki, 1 łyżka jogurt naturalny, 2 łyżki koncentratu pomidorowego, pierś z kurczaka 200 (g) liść laurowy, pieprz, ziele angielskie, sól, pieprz, woda 2 szklanki.
Przygotowanie: Mięso umyć i zalać zimną wodą. Po zagotowaniu wodę zlać, mięso opłukać i jeszcze raz zalać wodą, dodać ziele angielskie, liść laurowy (można czosnek i cebulę). Dodać warzywa pokrojone w kostkę. Gotować, aż będą miękkie. Razem z warzywami dodać do zupy ryż - w miarę często mieszać zupę, aby ryż nie osiadł na dnie garnka i nie przypalił się. Dodać koncentrat. Całość gotować przez około 10 minut. Na koniec posypać natką.



Leczo warzywne z kurczakiem i fetą (1 porcja)
Składniki: ½ papryki, 1,4 cebuli, ½ cukinii, ½ pomidorów z puszki, 25g feta light (do 12% tł.), ½ pojedynczej piersi z kurczaka, sól, pieprz, bazylia, oregano.
Przygotowanie: Cebulę i papryczkę chilli poszatkować. Smażyć na patelni na oleju. Gdy cebula się lekko zeszkli dodać pokrojoną w kostkę pierś z kurczaka. Chwilę smażyć, po czym dodać pokrojoną w kostkę cukinię i paprykę. Dodać pomidory oraz sos z puszki. Doprawić. Przykryć przykrywką i dusić do momentu aż warzywa będą miękkie. Następnie dodać fetę, poczekać aż się rozpuści.

KOLACJE:

Sałatka z mozzarellą (1 porcja)
Składniki: kilka garści sałaty, ½ cebuli, 1 pomidor, 2 łyżki oliwa z oliwek, ¾ papryki, 1 ogórek, ¾ kulki mozzarelli. 8-10 oliwek, zioła wg uznania.
Przygotowanie: Umytego, osuszonego pomidora pokroić w małą kostkę. Cebulę posiekać. Paprykę pokroić. Ogórka obrać i pokroić. Mozzarellę pokroić w kostkę i oliwki też. Wszystko wymieszać z mixem sałat i polać oliwą wymieszaną z ziołami.



Sałatka z kapusty pekińskiej i szynki (1 porcja)
Składniki: 1/3 główki kapusty pekińskiej, 5-6 rzodkiewek, 2 plastry szynki drobiowej, 1/2 pęczka szczypiorku, 1 jajko ugotowane na twardo, 1/2 świeżego ogórka, 2 łyżki jogurtu naturalnego, sól morska, pieprz.
Przygotowanie: Kapustę pekińską, rzodkiewkę oraz szczypiorek drobno posiekać/ pokroić. W kostkę pokroić szynkę, jajko i ogórek. Wszystkie składniki wymieszać, dodać jogurt naturalny oraz sól i pieprz do smaku.

ZAMIENNIKI

- Jogurt naturalny z dodatkiem świeżych lub mrożonych owoców zamiast jogurtu owocowego o smaku owocowym
- Jogurt naturalny zamiast majonezu
- Woda niegazowana zamiast wody niegazowanej o smaku truskawkowym
- Ksylitol, miód zamiast cukru dodawanego do domowych wypieków
- Chleb razowy na zakwasie zamiast pieczywa tostowego i kajzerek
- Ryż brązowy, ryż czerwony lub ryż czarny zamiast ryżu białego
- Ryby, drób, zamiast czerwonego mięsa
- Orzeszki ziemne bez soli zamiast orzeszków ziemnych solonych i prażonych
- Zwykłe rodzynki zamiast rodzynek w czekoladzie
- Jednodniowy sok warzywny np. marchewkowy zamiast soku owocowego w kartonie
- Kakao naturalne ciemne zamiast kakao rozpuszczalnego z cukrem
- Czekoladę gorzką z dużą zawartością kakao zamiast czekolady mlecznej
- Warzywne pasty kanapkowe zamiast sera żółtego na kanapki

- Migdały, orzechy nerkowca, orzechy włoskie, orzechy makadamia, orzechy laskowe zamiast chipsów
- Płatki jaglane lub płatki owsiane zamiast płatków śniadaniowych
- Świeże owoce zamiast ciasteczek i słodyczy
- Świeże zioła zamiast soli, vegety

UNIKAJ!



5. BIBLIOGRAFIA

1. Ravasco P. Nutrition in Cancer Patients. J Clin Med. 2019 Aug 14;8(8):1211.
2. Ferro M, Terracciano D, Buonerba C, Lucarelli G, Bottero D, Perdonà S, Autorino R, Serino A, Cantiello F, Damiano R, Andras I, De Placido S, Di Lorenzo G, Battaglia M, Jereczek-Fossa BA, Mirone V, De Cobelli O. The emerging role of obesity, diet and lipid metabolism in prostate cancer. Future Oncol. 2017 Feb;13(3):285-293.
3. Hughes S, Egger S, Carle C, Smith DP, Chambers S, Kahn C, Caperchione CM, Moxey A, O'Connell DL. Factors associated with the use of diet and the use of exercise for prostate cancer by long-term survivors. PLoS One. 2019 Oct 3;14(10):e0223407.
4. Vijayvergia N, Denlinger C. Lifestyle factors in cancer survivorship: where we are and where we are headed. Journal of Personalized Medicine. 2015 Sep;5(3):243–63. pmid:26147495
5. Lin PH, Aronson W, Freedland SJ. Nutrition, dietary interventions and prostate cancer: the latest evidence. BMC medicine. 2015 Dec;13(1):3.
6. Zhu Y, Li Q, Xu X. Dietary inflammatory index and the risk of prostate cancer: a dose-response meta-analysis. Eur J Clin Nutr. 2019 Sep 25.
7. Patel VH. Nutrition and prostate cancer: an overview. Expert Rev Anticancer Ther. 2014 Nov;14(11):1295-304.
8. Ballon-Landa E, Parsons JK. Nutrition, physical activity, and lifestyle factors in prostate cancer prevention. Curr Opin Urol. 2018 Jan;28(1):55-61.
9. Matsushita M, Fujita K, Nonomura N. Influence of Diet and Nutrition on Prostate Cancer. Int J Mol Sci. 2020 Feb; 21(4): 1447.
10. Dragomir M, Mullie P, Bota M, Koechlin A, Macacu A, Pizot C, Boyle P. Nutrition and prostate cancer: review of the evidence, J Health Inequal 2019; 5 (2): 155-173



ĆWICZENIA

FIZJOTERAPIA I AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA JAKO ELEMENT LECZENIA W NOWOTWORACH PROSTATY

1. ROLA NAWYKÓW ŻYCIA CODZIENNEGO W RADZENIU SOBIE Z DOLEGLIWOŚCIAMI TOWARZYSZĄCYMI NOWOTWOROWI PROSTATY

Aktywność fizyczna, fizjoterapia urologiczna i wprowadzenie prawidłowych nawyków toaletowych to bardzo korzystne i zalecane działania u mężczyzn leczących się z powodu nowotworu stercza. Oczywiście, aby odpowiednio zaplanować program rehabilitacji w przypadku problemów w obrębie gruczołu krokowego i/lub z powikłaniami po leczeniu raka stercza, należy pamiętać o przyczynach powstawania tych dolegliwości. Trzeba również podkreślić, że o skuteczności podejmowanego leczenia będzie decydować jego kompleksowość. Bardzo ważne jest, aby leczenie było efektem pracy interdyscyplinarnego zespołu terapeutycznego: lekarza urologa, onkologa, chirurga, radioterapeuty, fizjoterapeuty i psychologa i/lub psychoonkologa.

Mężczyźni po leczeniu nowotworu gruczołu krokowego mogą cierpieć z powodu wysiłkowego nietrzymania moczu, parć naglących (nagła, silna potrzeba udania się do toalety) lub mieszanego nietrzymania moczu (połączenie objawów wysiłkowego i naglącego nietrzymania moczu). Już podczas wstępnego leczenia warto pilnować zaleceń dotyczących odpowiedniego stylu życia, przestrzegania regularności wypróżnień, ćwiczyć w odpowiedni sposób mięśnie dna miednicy, a także przestrzegać instruktażu dotyczącego terapii behawioralnej i stosować się do ewentualnych wytycznych leczenia farmakologicznego.

Modyfikacja czynników ryzyka i zmiana stylu życia, które będą wpływać zdecydowanie pozytywnie na postępy w leczeniu i rehabilitacji, powinny polegać na:

- redukcji ewentualnej nadwagi;
- unikaniu dźwigania powyżej 5 kg;
- unikaniu używek, w tym np. tytoniu czy kofeiny;
- stosowaniu zbilansowanej diety oraz kształtowaniu nawyków związanych z przyjmowaniem odpowiedniej ilości płynów (np. częste picie mniejszych ilości płynów, aby pozwolić na ich odpowiednie przyswojenie przez organizm, a nie spożywanie np. dwu-, trzykrotnie w ciągu dnia dużych objętości płynów w krótkim czasie, co jest niezwykle ważne z perspektywy dolegliwości urologicznych);
- zapobieganiu infekcjom w obrębie układu moczowego;
- kontroli występujących chorób przewlekłych i stosowanej z ich powodu farmakoterapii;
- dbaniu o regularność i dobrą jakość wypróżnień, w tym zapobieganie zaparciom;
- nauce kaszlu, kichania, opróżniania nosa podczas infekcji – z napięciem mięśni dna miednicy i skrętem tułowia do boku, co ma pozwolić na zmniejszenie ciśnienia śródbrzusznego, oddziaływania tłoczni brzusznej na mięśnie dna miednicy, dzięki temu zmniejszenia objawów nietrzymania moczu;
- wprowadzeniu u siebie prawidłowych nawyków toaletowych – nieoddawanie moczu na zapas, niedoprowadzanie do przepełniania pęcherza, brak parcia podczas oddawania moczu czy stolca, odpowiednia pozycja na toalecie, szczególnie przy oddawaniu stolca (stopy na podnóżku, kolana wyżej niż biodra) (zdj. 1), zastanowienie się wspólnie ze specjalistą urologiem lub fizjoterapeutą specjalizującym się w problemach urologicznych nad właściwą pozycją do mikcji – czy to powinna być pozycja stojąca, czy siedząca (według części dostępnych doniesień naukowych oraz odnosząc się do praktyki klinicznej wiadomym jest, że osobom z problemami w obrębie gruczołu krokowego należałoby polecać pozycję siedzącą do oddawania moczu).



Zdjęcie 1.
Prawidłowa pozycja do defekacji.

2. TRENING MIĘŚNI DNA MIEDNICY JAKO ELEMENT RADZENIA SOBIE Z KONSEKWENCJAMI LECZENIA NOWOTWORU PROSTATY



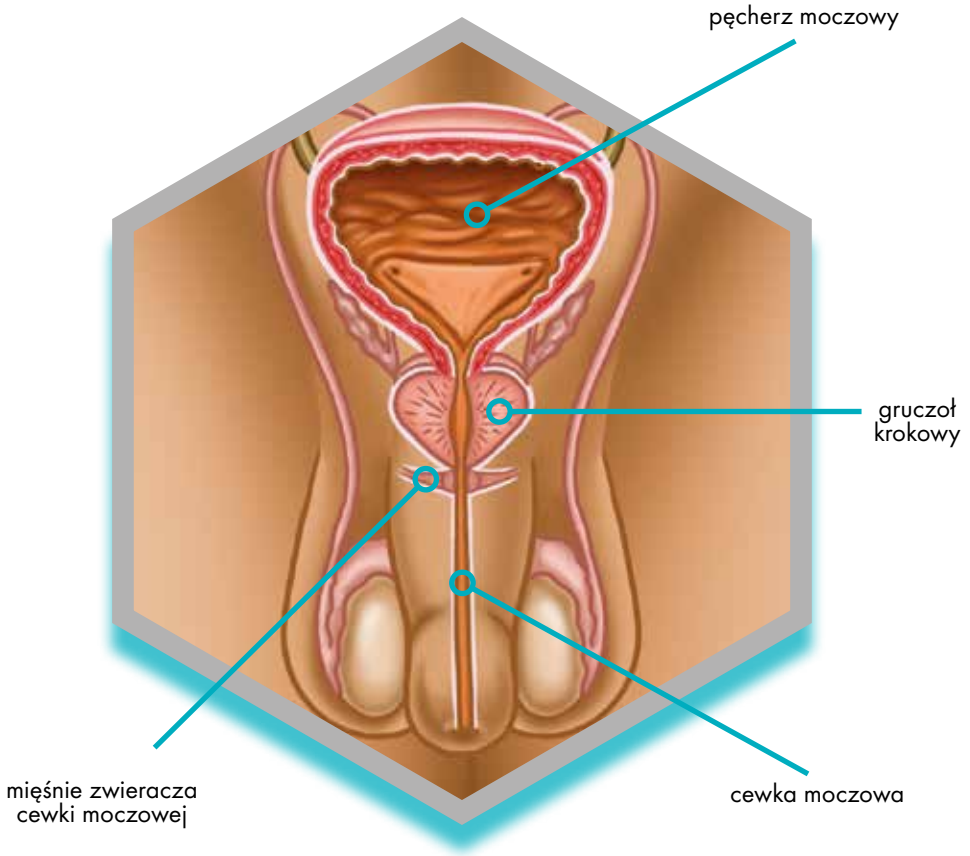
Kolejnym elementem, który warto wprowadzić w swoją codzienność podczas walki z nowotworem gruczołu krokowego jest trening mięśni dna miednicy.

Gruczoł krokowy to struktura, która anatomicznie spoczywa pod pęcherzem. Cewka moczowa przebiega zaś przez środek gruczołu krokowego. W miejscu gdzie pęcherz moczowy łączy się z cewką moczową, znajduje się mięsień zwieracz wewnętrzny cewki (jest on zamknięty przez większość czasu, pozwalając przez to na utrzymanie moczu w pęcherzu). Kolejną strukturą, dzięki której jest możliwa kontrola oddawania moczu, jest zwieracz zewnętrzny cewki zlokalizowany w mięśniach dna miednicy. Jeśli zwieracz wewnętrzny zostanie uszkodzony podczas np. podczas zabiegu prostatektomii, mięśnie dna miednicy będą musiały przejąć funkcję kontrolującą trzymanie moczu. Gdy opisane mechanizmy staną się niewydolne, może dojść do nietrzymania moczu. W związku z tym właśnie tak bardzo ważnym elementem postępowania rehabilitacyjnego zarówno przed-, jak i po zabiegu operacyjnym na gruczole kroczowym jest nauka świadomej aktywacji mięśni dna miednicy.

Trening mięśni dna miednicy u mężczyzn czerpie wiele z treningu tych mięśni u kobiet, jednak warto pamiętać, że męskie dno miednicy różni się od kobiecego. Poza elementami kostnymi miednicy, kobiety i mężczyźni różnią się od siebie choćby grubością mięśni dźwigaczy odbytu i zwieracza zewnętrznego odbytu. W związku z tymi różnicami w budowie anatomicznej mięśnie dna miednicy u mężczyzn pełnią większą funkcję stabilizacyjną dla narządów zlokalizowanych w miednicy, niż to jest u kobiet.

Mięśnie dna miednicy u mężczyzn odpowiadają również za funkcje reprodukcyjne i seksualne. Dobrze funkcjonujące dno miednicy będzie zapobiegało cofaniu się krwi podczas erekcji, będzie pozwalało na opróżnianie cewki moczowej na zasadzie odruchowej po zakończeniu oddawania moczu, umożliwi zasysanie i wydalanie nasienia podczas ejakulacji (wytrysku). Dlatego dbanie o te mięśnie będzie miało też zdecydowany wpływ nie tylko na funkcje utrzymania moczu, ale również możliwości powrotu do aktywności seksualnej po lub w trakcie leczenia.

ANATOMIA UKŁADU MOCZOWEGO MĘŻCZYZNY



Jak nauczyć się ćwiczeń mięśni dna miednicy?

Wykonywanie treningu mięśni dna miednicy należy rozpocząć od nauki lokalizowania mięśnia zwieracza zewnętrznego cewki, np. poprzez wykonanie testu przerwania strumienia moczu lub wykonywania napięcia mięśni pod kontrolą palca umieszczonego w odbycie. Można również spróbować aktywacji pod kontrolą wzrokową przed lustrem – napięcie mięśni widoczne jest jako wciągnięcie podstawy penisa i uniesienie moszny. Po rozluźnieniu mięśni powinno się poczuć odpuszczenie, rozluźnienie.

Właściwy trening polega na zaciśnięciu, elewacji i utrzymaniu submaksymalnego skurczu mięśni dna miednicy przez wzrastający czas i powtarzaniu ich w seriach w zależności od ich poprawnego wykonywania. Drugim rodzajem ćwiczeń są ćwiczenia polegające na wykonywaniu szybkich, silnych i krótkich skurczów mięśni dna miednicy kilka razy dziennie w krótkich seriach. Co jest jednak najistotniejsze parametry tego treningu, jego rodzaj i czas wykonywania powinien omówić z Tobą i ustalić fizjoterapeuta urologiczny, który ma kompetencje do programowania aktywności fizycznej i rehabilitacji u mężczyzn z chorobami gruczołu krokowego, dysfunkcjami dna miednicy.

W przypadku treningu mięśni dna miednicy niezwykle ważna jest dobra jakość przeprowadzanego treningu, na którą składają się:

- eliminacja napięć w innych miejscach ciała – ważne, żeby ćwicząc mięśnie dna miednicy nie napinać mięśni pośladkowych, mięśni brzucha, mięśni przywodzących uda, mięśni mimicznych twarzy itp.,
- połączenie napięcia dna miednicy z odpowiednią fazą oddechu – napięcie mięśni dna miednicy powinno następować na swobodnym wydechu; utrzymanie napięcia zaś na swobodnym oddychaniu,
- systematyczność treningu i aktywacja dna miednicy w sytuacjach dnia codziennego.

Należy pamiętać, że treningowi mięśni dna miednicy powinny również towarzyszyć:

- odpowiednio przeprowadzony instruktaż dotyczący treningu oddechowego, treningu ogólnokondycyjnego nakierowanego na aktywację przede wszystkim mięśni głębokich,
- odpowiednia praca przeponą, głębokimi mięśniami brzucha i grzbietu.



3. AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA U OSÓB Z NOWOTWOREM PROSTATY

Właściwy trening mięśni dna miednicy, utrzymanie prawidłowej postawy będą stanowić punkt wyjścia do aktywności fizycznej w innych pozycjach wyjściowych czy wykonywania coraz trudniejszych ćwiczeń, np. w klęku podpartym, podporze przodem. Bardzo ważne z punktu widzenia kompleksowości leczenia jest również zwrócenie uwagi na ryzyko zmian w mineralizacji kości szczególnie przy leczeniu hormonalnym w przebiegu raka stercza.

REKOMENDACJE ŚWIATOWEJ ORGANIZACJI ZDROWIA (WHO) ODNOŚNIE AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ OSÓB DOROSŁYCH I STARSZYCH.

Wg WHO aktywność fizyczna jest dobra dla serca, funkcjonowania całego ciała i umysłu. Regularna aktywność fizyczna pomaga zapobiegać chorobom serca, cukrzycy typu 2 oraz nowotworom, które są przyczyną znaczącej większości zgonów na całym świecie i może pomagać w ich leczeniu. Aktywność fizyczna może również wpływać na łagodzenie objawów psychologicznych takich jak depresja i lęk oraz poprawiać procesy myślenia, uczenie się oraz ogólne samopoczucie. Co jest niezwykle istotne każda aktywność fizyczna jest lepsza niż żadna, a im jej więcej, tym lepiej zarówno dla zdrowia jak i dobrego samopoczucia. WHO zaleca wszystkim dorosłym co najmniej 150-300 minut aerobowej aktywności fizycznej o umiarkowanej intensywności tygodniowo (lub równoważną ilość intensywnej aktywności), a wszystkim dzieciom i młodzieży średnio 60 minut aerobowej aktywności fizycznej o umiarkowanej intensywności dziennie. Liczy się każda aktywność fizyczna, którą można podejmować w ramach pracy, uprawiania sportu lub odpoczynku, jak również podczas przemieszczania się (dłuższy spacer, wchodzenie po schodach zamiast windą, jazda na rowerze) oraz codziennych obowiązków domowych. Trening wzmacniający mięśnie przynosi korzyść każdemu, ponadto osoby starsze (w wieku 65 lat i powyżej) powinny dodatkowo podejmować aktywność fizyczną wzmacniającą i kształtującą zmysł równowagi i koordynację jak również wzmacniać mięśnie posturalne co pomaga w zapobieganiu upadkom

i poprawia zdrowie. Nadmiernie siedzący, sedenteryjny tryb życia może być niezdrowy. Może on zwiększać ryzyko chorób serca, nowotworów i cukrzycy typu 2. Ograniczenie czasu spędzonego w pozycji siedzącej i aktywność fizyczna są dobre dla zdrowia i mogą przynieść korzyści każdemu również osobom z chorobami przewlekłymi lub niepełnosprawnością [1, 2].

Poniższe grafiki zaczerpnięte z najnowszej publikacji WHO „Wytyczne WHO dotyczące aktywności fizycznej i siedzącego trybu życia" przedstawiają niezwykle istotne wytyczne dotyczące aktywności fizycznej dorosłych oraz osób dorosłych z niepełnosprawnościami czy schorzeniami przewlekłymi (grafiki poniżej).



WSZYSCY DOROŚLI POWINNI PODEJMOWAĆ REGULARNĄ AKTYWNOŚĆ FIZYCZNĄ.

Celem uzyskania znacznych korzyści zdrowotnych, dorośli powinni podejmować w tygodniu co najmniej 150-300 minut aerobowej aktywności fizycznej o umiarkowanej intensywności; lub co najmniej 75-150 minut aerobowej aktywności fizycznej o dużej intensywności; lub równoważne połączenie aktywności o umiarkowanej i dużej intensywności.

TYGODNIOWO CO NAJMNIEJ

od 150 do 300 minut
aerobowej aktywności fizycznej o umiarkowanej intensywności

lub

od 75 do 150 minut
aerobowej aktywności fizycznej o dużej intensywności

lub ich równoważne połączenie.

Przez co najmniej 2 dni w tygodniu

DLA OSIĄGNIĘCIA DODATKOWYCH KORZYŚCI ZDROWOTNYCH:

ćwiczenia wzmacniające mięśnie o umiarkowanej lub większej intensywności, obejmujące wszystkie główne grupy mięśni.

Dorośli powinni również wykonywać ćwiczenia wzmacniające mięśnie o umiarkowanej lub większej intensywności, obejmujące wszystkie główne grupy mięśni przez co najmniej 2 dni w tygodniu, ponieważ zapewniają one dodatkowe korzyści zdrowotne.



WSZYSCY DOROŚLI Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ POWINNI PODEJMOWAĆ REGULARNĄ AKTYWNOŚĆ FIZYCZNĄ.

TYGODNIOWO CO NAJMNIEJ

od 150 do 300 minut
aerobowej aktywności fizycznej o umiarkowanej intensywności

lub

od 75 do 150 minut
aerobowej aktywności fizycznej o dużej intensywności

lub ich równoważne połączenie.

Celem uzyskania znacznych korzyści zdrowotnych, dorośli z niepełnosprawnością powinni podejmować w tygodniu co najmniej 150-300 minut aerobowej aktywności fizycznej o umiarkowanej intensywności; lub co najmniej 75-150 minut aerobowej aktywności fizycznej o dużej intensywności; lub równoważne połączenie aktywności o umiarkowanej i dużej intensywności.

Przez co najmniej 2 dni w tygodniu

DLA OSIĄGNIĘCIA DODATKOWYCH KORZYŚCI ZDROWOTNYCH:

ćwiczenia wzmacniające mięśnie o umiarkowanej lub większej intensywności, obejmujące wszystkie główne grupy mięśni.

Dorośli z niepełnosprawnością powinni również wykonywać ćwiczenia wzmacniające mięśnie o umiarkowanej lub większej intensywności, obejmujące wszystkie główne grupy mięśni przez co najmniej 2 dni w tygodniu, ponieważ zapewniają one dodatkowe korzyści zdrowotne.

Przez co najmniej 3 dni w tygodniu

DLA OSIĄGNIĘCIA DODATKOWYCH KORZYŚCI ZDROWOTNYCH:

różnicowana wieloskładnikowa aktywność fizyczna, która kładzie nacisk na równowagę funkcjonalną i trening siłowy o umiarkowanej lub większej intensywności.

W ramach cotygodniowej aktywności fizycznej, osoby starsze z niepełnosprawnością powinny podejmować wieloskładnikową aktywność fizyczną, która kładzie nacisk na równowagę funkcjonalną i trening siłowy o umiarkowanej lub większej intensywności, przez 3 lub więcej dni w tygodniu, celem zwiększenia wydolności funkcjonalnej i zapobiegania upadkom.

Celem uzyskania dodatkowych korzyści zdrowotnych, dorośli z niepełnosprawnością mogą zwiększyć aerobową aktywność fizyczną o umiarkowanej intensywności do ponad 300 minut; lub podejmować aktywność fizyczną o dużej intensywności przez ponad 150 minut w tygodniu; lub równoważne połączenie aktywności o umiarkowanej i dużej intensywności.

DLA OSIĄGNIĘCIA DODATKOWYCH KORZYŚCI ZDROWOTNYCH:

TYGODNIOWO WIĘCEJ NIŻ

300 minut aerobowej aktywności fizycznej o umiarkowanej intensywności

lub

150 minut aerobowej aktywności fizycznej o dużej intensywności

lub ich równoważne połączenie.

REGUŁY POSTĘPOWANIA:

- Podejmowanie jakiejkolwiek aktywności fizycznej jest lepsze niż jej brak.
- Nawet jeśli dorośli z niepełnosprawnością nie spełniają niniejszych zaleceń, każda aktywność fizyczna będzie korzystna dla ich zdrowia.
- Dorośli z niepełnosprawnością powinny zacząć od podejmowania niewielkich ilości aktywności fizycznej, a następnie wraz z czasem stopniowo zwiększać jej częstość, intensywność i czas trwania.
- W przypadku dorosłych z niepełnosprawnością nie istnieje większe ryzyko związane z podejmowaniem aktywności fizycznej, jeśli jest ona odpowiednia dla aktualnego poziomu aktywności, stanu zdrowia i sprawności fizycznej danej osoby; i gdy uzyskane korzyści zdrowotne przeważają nad ryzykiem.
- Dorośli z niepełnosprawnością mogą wymagać konsultacji z pracownikiem służby zdrowia lub innym specjalistą ds. aktywności fizycznej i niepełnosprawności celem uzyskania porady na temat rodzajów i ilości odpowiednich dla nich aktywności.

Najnowsze wytyczne WHO dotyczące aktywności fizycznej osób dorosłych z niepełnosprawnością czy chorobami przewlekłymi (kontynuacja).
Źródło: https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128
https://apps.who.int/iris/handle/10665/341120

W związku z tym ryzykiem idącym za siedzącym trybem życia i niskim poziomem aktywności warto w treningu zwrócić uwagę na włączenie ćwiczeń z oporem oraz takich, które będą dbać o właściwą ruchomość stawów, będą zapobiegać powstawaniu przykurczy, pozwolą na samodzielność w wykonywaniu codziennych aktywności. W jaki sposób wtedy ćwiczyć? Staraj się zacząć ćwiczyć codziennie choć przez 15-30 minut i wykonywać ćwiczenia, które pozwolą uruchomić twoje stawy – krążenia kończyn dolnych, wznosy ramion, zgięcie nóg w stawach kolanowych i biodrowych, unoszenie zgiętej kończyny w stawie kolanowym np. w pozycji siedzenia na piłce do ćwiczeń lub krześle. Z czasem poprawy twojego samopoczucia dokładaj do swoich ćwiczeń opór, mogą to być butelki z wodą lub profesjonalne hantle czy gumy do ćwiczeń – zaczynaj od niewielkich obciążeń np. od 0,5 kg. Jeśli tylko masz taką możliwość warto skonsultować swój trening z fizjoterapeutą, który specjalizuje się w pracy z osobami dotkniętymi chorobami onkologicznymi, będziesz mieć wtedy pewność, że trening jest skonstruowany prawidłowo i osiągniesz dzięki niemu zamierzony cel.



Bardzo ważny będzie również trening oddechowy. Możesz zacząć od prostego ćwiczenia – połóż się na plecach, ugnij nogi w kolanach, stopy oparte o podłoże, weź głęboki wdech nosem podczas którego będziesz obserwować jak twój brzuch się unosi (możesz położyć rękę na brzuchu, żeby czuć ten ruch), wydychaj powietrze ustami i obserwuj jak twój brzuch opada. Twój wydech powinien być dwukrotnie dłuższy od wdechu. Powtórz to ćwiczenie 5 razy.

Podobnie w przypadku ewentualnego występowania obrzęku limfatycznego w obrębie kończyn dolnych – poza ćwiczeniami aktywizującymi dystalne części kończyn i treningiem oddechowym poprawiającym powrót krwi i chłonki z obwodu w kierunku ujść żylnych można zastosować w codziennym postępowaniu rehabilitacyjnym masaż limfatyczny i zabiegi z zakresu fizykoterapii.

Po wykluczeniu ryzyka alergii i podrażnienia skóry można również zastosować aplikacje limfatyczne metody kinesiotaping. Bardzo dobrą formą aktywności będą spacery, nordic walking.

4. WSPARCIE PSYCHOLOGICZNE



Bardzo ważnym elementem pracy z pacjentem z nietrzymaniem moczu, które jest konsekwencją leczenia onkologicznego, jest również wsparcie psychologiczne/psychoonkologiczne. Wiadomym jest, że takie problemy jak choroba nowotworowa, czy nietrzymanie moczu mogą nieść za sobą szereg problemów natury higienicznej, socjalnej. Mogą także wpływać na obniżenie poczucia własnej wartości, powstawanie zaburzeń w pełnieniu ról społecznych, zawodowych, ale również jak wspomniano wcześniej seksualnych czy rodzinnych. Dlatego też niezmiernie ważna jest wczesna diagnostyka i kompleksowe podejście do leczenia, uwzględniające fizjoterapię zarówno przed leczeniem onkologicznym nowotworu gruczołu krokowego, w jego trakcie oraz po jego zakończeniu, jak i w momencie pojawienia się skutków ubocznych zastosowanych terapii ratujących czy przedłużających życie, takich jak nietrzymanie moczu czy zaburzenia funkcji seksualnych (erekcji).

PAMIĘTAJ!
Jeśli cierpisz na takie problemy jak zaburzenia mikcji, defekacji, zaburzenia seksualne w związku z leczeniem choroby nowotworowej zgłoś się do fizjoterapeuty urologicznego, który po odpowiednio przeprowadzonej diagnostyce funkcjonalnej zaproponuje Ci odpowiednią terapię, która powinna móc wpłynąć na poprawę Twojej jakości życia.

Autor: dr n. med. Anita Sikora-Szubert

5. BIBLIOGRAFIA

1. www.onkologia.org.pl/rak-gruczolu-krokowego/
2. Woźniewski M., Fizjoterapia w onkologii, PZWL, Warszawa 2015.
3. Heidenreich A. (chairman), Bolla M., Joniau S., Mason M.D., Matveev V., Mottet N., Schmid H.P., van der Kwast T.H., Wiegel T., Zattoni F., Guidelines on Prostate Cancer. Wytyczne postępowania u chorych na raka stercza, opracowane i przyjęte przez Polskie Towarzystwo Urologiczne, Polskie Towarzystwo Urologiczne, Warszawa 2011.
4. Kordek R., Onkologia. Podręcznik dla studentów i lekarzy, Via Medica, Gdańsk 2007.
5. Matuszewski M., Nowoczesne metody leczenia nietrzymania moczu u mężczyzn, Przegląd Urologiczny 2013; 1(77).
6. Przybyła A.K., Urologia rehabilitacyjna/rehabilitacja urologiczna. Część 1.: Struktura, Przegląd Urologiczny 2014; 1(83).
7. Przybyła A.K., Urologia rehabilitacyjna/rehabilitacja urologiczna, Przegląd Urologiczny 2014; 2(84).
8. Górecki R., Leczenie nietrzymania moczu. Stan aktualny i kierunki rozwoju, Przegląd Urologiczny 2006; 2(36).
9. Strupińska E., Fizjoterapia nietrzymania moczu – nowoczesne metody fizykoterapii, Przegląd Urologiczny 2007; 2(42).
10. Schröder A., Abrams P. (co-chairman), Andersson K.E., Artibani W., Chapple C.R., Drake M.J., Hampel C., Neisius A., Tubaro A., Thüroff J.W. (chairman), Guidelines on Incontinence. Zasady postępowania u chorych z nietrzymaniem moczu, opracowane przez Europejskie Towarzystwo Urologiczne, przyjęte przez Polskie Towarzystwo Urologiczne, Polskie Towarzystwo Urologiczne, Warszawa 2010.
11. de Jong Y., Pinckaers J., Dekkers O., Urinating standing versus sitting: Position is of influence in men with prostate enlargement. A systematic review and meta-analysis. PLoS one 2014, nr 9 (7), s. e101320, published online 2014 Jul 22, doi: 10.1371/journal.pone.0101320.
12. https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128
13. https://apps.who.int/iris/handle/10665/341120

NOTATKI PACJENTA

NOTATKI PACJENTA