Anna Bida
Studenckie Koło Naukowe eRka
Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej
- opiekun naukowy dr n. med. Anna Ślifirczyk

RAK PROSTATY – SPRAWDŹ, CZY TEN PROBLEM CIEBIE NIE DOTYCZY

Streszczenie
Nowotwór prostaty zbiera coraz większe żniwo na całym świecie. Pomimo wielu metod diagnostyki profilaktycznej większość mężczyzn zgłasza się do lekarza, gdy na podjęcie leczenia niekiedy jest już za późno. Artykuł ten miał na celu przekaz edukacyjny, iż diagnostyka prostaty nie jest niczym groźnym, a wręcz może uratować życie i uchronić przed postępami choroby. W pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego opartą na autorskim kwestionariuszu ankiety. W badaniu wzięło udział 69 zawodowych kierowców w wieku od 20 do 68 lat (średnia wieku 41 lat, mediana 39, SD=12,36) zrzeszonych w Ogólnopolskim Stowarzyszeniu Przewoźników w Białej Podlaskiej. Sondowanie prowadzono na przestrzeni 4 miesięcy - od października 2015 roku do stycznia 2016 roku. Blisko co 5 ankietowany (21,7%) deklarował, iż w jego rodzinie wystąpił problem chorób prostaty. Jednakże, odpowiedź ta nie była jednoznaczna z wykonaniem profilaktycznego badania. Kontrolę w kierunku wykrywania zmian prostaty wykonało 21,7% respondentów, jednak nie wszyscy deklarowali wystąpienie choroby w rodzinie. Co 3 badany kierowca (78,3%) ma świadomość, iż badanie przezodbytnicze nie jest jedynym badaniem diagnozującym zmiany gruczołu krokowego. Blisko 3/4 ankietowanych kierowców (73,9%) nie uważa, aby ewentualne problemy z oddawaniem moczu, mniejszym jego strumieniem lub uczucie niepełnego opróżnienia pęcherza moczowego były powodem do niepokoju. Ponad połowa ankietowanych (60,9%) uważa, że ewentualne problemy z erekcją i życiem seksualnym nie skłoniłyby ich do wykonania badań prostaty. Jedynie co 5 kierowca (21,7%) deklarował wykonanie diagnostyki prostaty. Nie zbadano, czy było to w ramach profilaktycznych, czy w wyniku podjętego leczenia choroby. Prawie co 3 sondowany kierowca (73,9%) uważa, iż badanie morfologiczne w kierunku wykrywania wczesnych problemów z prostatą powinno być dołączone do obowiązkowych okresowych badań zawodowych. Wykonywane raz na 3 lata pozwoliłoby wykryć zachodzące zmiany w obrębie gruczołu krokowego.

Wstęp

Problem zachorowalności i umieralności na nowotwór prostaty staje się coraz większym wyzwaniem dla społeczeństwa i służby zdrowia. Z roku na rok odnotowuje się coraz więcej nowych przypadków zachorowań, a choroba ta zbiera coraz większe śmiertelne żniwo. O ile sztuka lekarska znalazła rozwiązanie dla diagnostyki i leczenia tego schorzenia, o tyle świadomość społeczeństwa o ryzyku tej choroby w dalszym ciągu pozostawia wiele do życzenia.

Stąd też, w artykule tym, za cel postawiono sobie przekaz edukacyjny do społeczeństwa, nie tylko płci męskiej, że po 40 r.ż. wzrasta znaczenie profilaktyki chorób prostaty oraz, iż prewencja ta nie zawsze musi oznaczać badanie przezodbytnicze.

Rak prostaty (ang. prostate cancer) jest synonimem raka gruczołu krokowego i raka stercza. W artykule nazwy te będą używane zamiennie.

W rysie historycznym dotyczącym raka prostaty znamienne są trzy daty. Henry Thompson w roku 1858 wyodrębnił rak gruczołu krokowego jako osobną jednostkę chorobową. Charles Brenton Huggins i Clarence Hodges w roku 1941 wykazali, iż rak stercza jest zależny od poziomu hormonów, zwłaszcza testosteronu (Ejchman, 2006) oraz, że pozytywne skutki w leczeniu przynosi terapia estrogenami i kastracja (Szczeklik, Gajewski, 2015). Dopiero na przełomie lat 70 i 80 XX wieku Wang z współpracownikami odkryli swoisty antygen sterczowy (PSA) (Ejchman, 2006). W 1979 roku wprowadzono oznaczenie stężenia PSA, który do dzisiaj wykorzystywany jest w diagnostyce chorób gruczołu krokowego (Szczeklik, Gajewski, 2015).

Rak stercza definiuje się jako nowotwór złośliwy wywodzący się pierwotnie z obwodowej strefy gruczołu krokowego (Szczeklik, Gajewski, 2015). Należy pamiętać, iż nie wszystkie objawy ze strony układu moczowego i płciowego wskazują na zmiany nowotworowe. Do określenia wielkości i zaawansowania choroby potrzebna jest szeroka diagnostyka laboratoryjna, obrazowa, a nawet chirurgiczna i mikroskopowa.

Rak gruczołu krokowego stanowi ok. 13% wszystkich nowotworów złośliwych u mężczyzn w Polsce. W roku 2008 w Europie zdiagnozowano ok. 370 tys. nowych przypadków zachorowania na raka prostaty, śmiertelnych było 90 tys. przypadków. Co roku w Polsce rozpoznaje się ok. 8 tys. nowych zachorowań, a blisko 4 tys. mężczyzn umiera z tego powodu (Katrynicz, 2011). Według danych statystycznych za rok 2012 współczynnik zachorowalności (roczny) na raka stercza wynosił 36,1 na 100 000 osób. Było to drugie miejsce wśród zachorowań na nowotwory złośliwe (10 948 przypadków). Współczynnik umieralności na raka prostaty w 2012 roku wyniósł 12,4/100 000. W Europie Zachodniej i Stanach Zjednoczonych jest najczęściej wykrywanym nowotworem złośliwym u mężczyzn i stanowi blisko 1/5 wszystkich nowotworów (Szczeklik, Gajewski, 2015). W Polsce, w ciągu ostatnich 30 lat liczba zachorowań zwiększyła się pięciokrotnie (Krajowy Rejestr Nowotworów).

Tab. 1. Przekrój zachorowalności i umieralności na nowotwór prostaty w Polsce

	1996*	**2003****	**2012*****
Liczba zachorowań	3125	5832	10948
Liczba zgonów	2655	3390	b/d
Miejsce zachorowalności wśród nowotworów	b/d	3	2
Miejsce umieralności	b/d	4	b/d

Źródło: opracowanie własne na podstawie * Kułakowski, Skowrońska-Gardas, 2003, ** Deptała, 2006, *** Szczeklik, Gajewski, 2015

W czynnikach ryzyka wymienia się wiek, rasę (nawet o 30% więcej u mężczyzn rasy czarnej), predyspozycje rodzinne i genetyczne oraz nawyki żywieniowe i nadmierną wagę (Deptała, 2006, Jeziorski, 2015, Kułakowski, Skowrońska-Gardas, 2003, Szczeklik, Gajewski, 2015). Ryzyko zachorowania wzrasta dwukrotnie jeśli na raka gruczołu krokowego chorował krewny 1. stopnia oraz wzrasta nawet 5-11 razy gdy chorowało więcej niż 2 krewnych w 1. stopniu. W Polsce nie oszacowano jeszcze częstości występowania postaci dziedzicznej choroby, w krajach Europy Zachodniej oscyluje ona w wysokości <10% wszystkich przypadków (Szczeklik, Gajewski, 2015).

Powstanie raka gruczołu krokowego jest konsekwencją procesu zmian komórkowych, które zachodzą pod wpływem czynników genetycznych, hormonalnych, środowiskowych i prawdopodobnie zapalnych. Ponad 95% wszystkich nowotworów stercza to rak gruczołowy (Deptała, 2006, Jeziorski, 2015). Inne rodzaje nowotworu to rak przejściowokomórkowy, mięsak, rak anaplastyczny (Kułakowski, Skowrońska-Gardas, 2003), rak wewnątrzzrazikowy groniasty, rak przewodowy, rak drobnokomórkowy, rak jasnokomórkowy, rak śluzotwórczy, a nawet rak z nabłonka przejściowego (Deptała, 2006). Do oceny złośliwości gruczolakoraka stercza stosuje się 10-stopniową skalę Gleasona. Test polega na ocenie histologicznej 2 dominujących utkań wycinków i przyznania im oceny w skali od 1 do 5. Suma testu nieprzekraczająca 5 jest równoznaczna z małą złośliwością raka, średnia złośliwość przybiera rozmiar 6-7, a wysoka złośliwość to 8-10 (Szczeklik, Gajewski, 2015).

Bardzo długo rak prostaty nie daje żadnych niepokojących symptomów. Wielu mężczyzn bagatelizuje pierwsze objawy biorąc je za zmiany fizjologiczne wynikające z starszego wieku lub łagodną formę rozrostu prostaty, która objawia się częstomoczem, nykturią (częstym oddawaniem moczu w nocy), naglącym parciem, pieczeniem w czasie oddawania moczu, uczuciem niepełnego wypróżnienia się lub wąskim strumieniem moczu (Szczeklik, Gajewski, 2015). Objawami niepokojącymi jest nagłe zatrzymanie moczu lub szybkie nasilenie się trudności w jego oddawaniu, krwiomocz (nie zawsze występuje) oraz priapizm (długotrwały, bolesny wzwód). Do tego, w zależności od zaawansowania nowotworu, mogą występować dodatkowe symptomy niewskazujące na problem związany z sterczem: bóle okolicy lędźwiowej (np. występujący w kolce nerkowej i rwie kulszowej), bóle kostne (np. przy reumatoidalnym zapaleniu stawów), bóle w podbrzuszu (np. przy zapaleniu dróg moczowych), obrzęki kończyn dolnych (charakterystyczny objaw w niewydolności serca) oraz objawy ucisku rdzenia kręgowego. Z objawów ogólnych dochodzi niedokrwistość, utrata apetytu i masy ciała (Deptała, 2006). Objaw krwiomoczu nie jest jednoznacznym symptomem – podczas jego występowania należy wykonać dodatkowe badania w kierunku rozpoznania raka pęcherza moczowego (Kułakowski, Skowrońska-Gardas, 2003).

Długotrwała postać utajona bądź zbyt późna diagnostyka sprzyja przerzutom nowotworowym, a te powstają drogą naczyń chłonnych i krwionośnych. W pierwszej kolejności najczęściej w węzłach chłonnych zasłonowych i węzłach poniżej rozwidlenia naczyń biodrowych wspólnych. Przerzuty odległe najczęściej powstają w kośćcu, rzadziej w wątrobie, płucach, mózgu i tkankach miękkich (Deptała, 2006).

Diagnostyka zmian zachodzących w obszarze gruczołu krokowego rozpoczyna się od badań skriningowych w postaci oznaczenia wartości PSA w surowicy krwi oraz palpacyjnego badania per rectum (badanie palcem przez odbytnicę). Niepokojący wynik jest podstawą do przeprowadzenia ultrasonografii przezodbytniczej (transrectal ultrasound – TRUS) oraz biopsji gruboigłowej wykonywanej pod kontrolą USG (Kułakowski, Skowrońska-Gardas, 2003).

Badanie profilaktyczne oznaczenia stężenia PSA u mężczyzn po 40 r.ż. powinno być tak samo propagowane i reklamowane za pomocą akcji społecznych jak cytologia i mammografia dla kobiet. Niestety, wielu mężczyzn nie wykonuje żadnych badań profilaktycznych, a ich jedyna diagnostyka kończy się na badaniach okresowych wymaganych w zakładzie pracy raz na 3 lata. Trzy amerykańskie organizacje: American Cancer Society (ACS), American Urological Association (AUA) i American College of Physicians (ACP) rekomendują, aby mężczyźni między 50 a 70 r.ż. badanie PSA oraz badanie per rectum wykonywali co roku. Natomiast mężczyźni, którzy mają dodatni wywiad rodzinny powinni być kontrolowani już od 40-45 r.ż. (Deptała, 2006).

Samo badanie oznaczenia stężenia PSA w surowicy nie jest niczym niepokojącym. Próba ta daje informację, czy z prostatą, a zatem układem moczowo-płciowym mężczyzny jest wszystko w porządku. Dopiero niepokojący wynik powinien skłonić do dalszej diagnostyki i wizyty u specjalisty. Antygen PSA nie jest markerem o udowodnionej wartości w badaniach przesiewowych w kierunku raka stercza, ale stanowi istotny element badań diagnostycznych pozwalających na wykryciu zmian zapalnych i/lub nowotworu. Dalsza diagnostyka oraz rodzaj terapii jest uzależnionych od wyników poszczególnych badań (Jeziorski, 2015).

Kontrola per rectum powinna być wykonywana rutynowo przez doświadczonego lekarza pierwszego kontaktu, a przede wszystkim przez lekarza specjalizacji urologicznej lub andrologicznej (dziedzina medycyny zajmująca się schorzeniami męskiego układu płciowego). Badanie to, przy dużym doświadczeniu lekarza wykonującego, pozwala rozpoznać ponad połowę nowotworów prostaty (Kułakowski, Skowrońska-Gardas, 2003). Jednakże, bardzo często badanie to, podczas zwykłej wizyty u lekarza pierwszego kontaktu, tak samo jak pomiar ciśnienia tętniczego krwi jest pomijane, natomiast pacjent sam nie poprosi o tak nieprzyjemną i krępującą diagnostykę.

Obserwacja ultrasonograficzna TRUS wykonywana przezodbytniczo pozwala uwidocznić granice gruczołu krokowego, określić jego rozmiar i ewentualne zmiany, wykryć ogniska nowotworowe oraz ewentualne przerzuty na sąsiadujące narządy. Badanie USG jest niezbędne przy wykonywaniu biopsji gruboigłowej (Szczeklik, Gajewski, 2015).

Biopsję gruboigłową wykonuje się przy rozpoznaniu zmian w obrębie gruczołu krokowego w wcześniejszych badaniach, w celu określenia jej charakteru (nowotworowego lub nie). Złotym standardem jest, aby metodą pobrania wycinków była biopsja gruboigłowa rdzeniowa pod kontrolą TRUS. Najczęściej pobiera się od 6 do 10 wycinków z różnych części gruczołu krokowego, a kiedy to wskazane, także spoza. Badanie mikroskopowe pobranych wycinków określa występowanie zmian nowotworowych oraz umożliwia ocenę ich złośliwości wg skali Gleasona (Szczeklik, Gajewski, 2015).

Przy zaawansowanych postaciach nowotworu oraz podejrzeniem przerzutów wskazana jest diagnostyka tomografem komputerowym i/lub rezonansem magnetycznym. W wykluczeniu przerzutów w obrębie płuc pomocny jest rentgen klatki piersiowej, a w obrębie kośćca – scyntygrafia (Szczeklik, Gajewski, 2015).

Leczenie nowotworu gruczołu krokowego uzależnione jest od jego zaawansowania i przestrzeni jaką zajmuje: rak ograniczony do samego stercza (nieprzekraczający jego torebki), rak miejscowo zaawansowany (nowotwór przekroczył torebkę gruczołu, ale nie stwierdzono przerzutów na inne organy) oraz rak z przerzutami odległymi, np. w płucach, czy mózgu (Kułakowski, Skowrońska-Gardas, 2003). Istnieje także podział zaawansowania klinicznego, który dzieli pacjentów wg stężenia PSA, oceny skali Gleasona oraz stopnia zaawansowania nowotworu. Podział ten wyróżnia duże ryzyko kliniczne (przy PSA >20 ng/ml, ocenie skali Gleasona >8 oraz nacieku obejmującym oba płaty gruczołu i wykraczającym poza jego torebkę), małe ryzyko (przy PSA <10 ng/ml, ocenie skali Gleasona <6 oraz nacieku obejmującym nie więcej niż połowę jednego płata gruczołu). Pozostali mężczyźni są obarczeni pośrednim ryzykiem, co nie oznacza, iż nigdy nie zachorują (Szczeklik, Gajewski, 2015).

Wybór konkretnej metody leczenia uzależniony jest od zaawansowania choroby, stanu ogólnego i wieku chorego oraz spodziewanej długości życia. Dostępne jest leczenie chirurgiczne, radioterapia oraz wsparcie hormonalno-farmakologiczne. W niektórych przypadkach (przy niskim zaawansowaniu wg skali Gleasona, bez czynników progresji oraz przy przewidywanym długim okresie przeżycia naturalnego) leczenie inwazyjne można odroczyć do momentu postępu choroby, poddając pacjenta ścisłej zasadzie obserwacji, z powtarzanymi badaniami PSA oraz per rectum co 3 miesiące (Deptała, 2006).

W leczeniu chirurgicznym poddaje się pacjenta radykalnej prostatektomii (operacyjnemu usunięciu gruczołu krokowego z pęcherzykami nasiennymi oraz węzłami chłonnymi) metodą cięcia klasycznego lub laparoskopowo (Koper,

2015). Terapia ta nie jest obojętna dla organizmu. Mogą wystąpić powikłania w postaci braku lub zaburzenia erekcji (50-100%), nietrzymania moczu (30%) lub zwężenia zespolenia cewkowo-pęcherzowego (5-26%) (Kułakowski, Skowrońska-Gardas, 2003).

Dostępne są dwie metody radioterapii: teleradioterapia oraz brachyterapia (izotop promieniotwórczy wprowadzany bezpośrednio do prostaty z mniejszym guzkiem o niskiej złośliwości). Tak samo jak leczenie chirurgiczne mogą być obarczone późniejszymi powikłaniami w postaci nietrzymania moczu, zaburzeniami wzwodu i popromiennym zapaleniem odbytnicy (Szczeklik, Gajewski, 2015). Radioterapia obarczona jest powikłaniami ze strony układu pokarmowego i moczowego w postaci biegunki i dolegliwości dyzurycznych, które mogą trwać do 2-3 miesięcy po zakończonej terapii (Kułakowski, Skowrońska-Gardas, 2003).

Farmakoterapia hormonalna stosowana jest na początku terapii, przed leczeniem operacyjnym i radioterapią, w celu zwiększenia ich skuteczności. Częściej jednak stosuje się ją u pacjentów niekwalifikujących się do leczenia radykalnego i w opiece paliatywnej. Podawanie choremu na nowotwór prostaty hormonów ma za zadanie wyeliminowanie endogennych androgenów i zablokowanie receptorów androgennych, które wpływają na tempo choroby nowotworowej i tworzenie się przerzutów. Zaleca się jednak stosowanie terapii hormonalnej z umiarem lub z przerwami, w celu zmniejszenia ryzyka wystąpienia hormonooporności (Szczeklik, Gajewski, 2015).

W przypadkach pacjentów opornych na leczenie radykalne i farmakoterapię hormonalną podejmowane są próbny leczenia chemioterapią (nie zawsze skuteczne). U chorych w terminalnych stadiach choroby, kiedy wszystkie metody zawiodły lub jest na nie za późno, należy wdrożyć silną farmakoterapię przeciwbólową (Koper, 2015).

Zakończone leczenie, choćby i skuteczne, należy monitorować co 3-6 miesięcy w postaci kontrolnych badań PSA i per rectum. W indywidualnych przypadkach ponawiać scyntygrafię kośćca, RTG klatki piersiowej i USG jamy brzusznej (Szczeklik, Gajewski, 2015).

Rokowanie przeżycia, jak na pacjentów nowotworowych jest dość wysokie. Po leczeniu radykalnym 70-85% chorych przeżywa 5 lat (w grupie o niskim ryzyku progresji choroby blisko 100%), a ponad połowa (50-75%) nawet 10lat. Osoby, które nie kwalifikowały się do leczenia chirurgicznego, w leczeniu hormonalnym przeżywają średnio 4,5 roku, natomiast chorzy z przerzutami od 1 do 3 lat. W nowotworze zaawansowanym z przerzutami przeżycie 5 lat wynosi ok. 40% dla osób o niskim ryzyku nawrotu choroby oraz 15% dla osób o wysokim ryzyku progresji (Szczeklik, Gajewski, 2015, Deptała 2006).

Profilaktyka raka prostaty w Polsce jest trudna do oszacowania. Istnieje Narodowy Program Zdrowia, który ogólnikowo zakreśla zmniejszenie

umieralności na nowotwory jako jeden z celów (Narodowy Program Zdrowia, 2007). Profilaktyka raka prostaty nie jest priorytetem Narodowego Funduszu Zdrowia, który w roku 2016 nie prowadzi żadnego programu profilaktycznego w kierunku wczesnego wykrywania raka prostaty (NFZ, 2016). Znaczna część akcji uświadamiających i profilaktycznych spoczywa w rękach samorządów lokalnych i organizacji non profit, które we własnym zakresie i z własnych funduszy przeprowadzają kampanii i akcje promocyjne. Przykładem może być chociażby powiat stalowolski, gdzie w ramach powiatowej akcji profilaktycznej Mężczyźni vs Rak Prostaty w 2012 roku przebadano 680 mężczyzn pod kątem oznaczenia stężenia PSA w surowicy krwi. Najwięcej przebadano mężczyzn w wieku 60-69 lat (225) oraz 50-59 lat (186), którzy łącznie stanowili 73,1% ogółu. Spośród wszystkich uczestników, jedna osoba miała mniej, niż 30 lat. Wynikiem przedsięwzięcia było 40 mężczyzn (5,9%), których stężenie PSA przekroczyło 4 ng/ml (<6%) i którzy zostali skierowanie do dalszej diagnostyki. Istnieje prawdopodobieństwo, iż bez możliwości wzięcia udziału w tej akcji profilaktycznej, mężczyźni ci nie wykonaliby badań we własnym zakresie i nie dowiedzieliby się, iż są w grupie podwyższonego ryzyka rozwijania się raka prostaty (Stalowe Miasto, 2014). Swoją cegiełkę edukacyjną oraz profilaktyczną dokładają różne fundacje oraz organizacje non profit, np. Fundacja Rak'n'Roll Wygraj Życie czy kampania społeczna Zbadaj Prostatę Zerwij z milczeniem. Jednakże, to wciąż kropla w morzu potrzeb, aby zmienić mentalność mężczyzn.

Materiał i metoda

Założeniem prowadzonych badań było poznanie opinii zawodowych kierowców na temat profilaktycznej diagnostyki w kierunku wykrywania raka prostaty oraz ogólne doświadczenia ankietowanych z tym związanych. W badaniu wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego z autorskim kwestionariuszem ankiety składającym się z 10 pytań zamkniętych (9 pytań tak/nie i 1 pytanie z możliwością wybrania więcej, niż jednej odpowiedzi) oraz 3 pytań metryczkowych. Ankietowanie prowadzono w terminie od października 2015 roku do stycznia 2016 roku.

Grupę badawczą stanowiło 69 zawodowych kierowców związanych z Ogólnopolskim Stowarzyszeniem Przewoźników w Białej Podlaskiej. Respondenci deklarowali wiek od 20 do 68 lat (średnia wieku 41 lat, mediana 39, SD=12,36) oraz staż pracy w zawodzie: 15 mężczyzn (21,7%) pracowało mniej, niż 5 lat, 21 osób (30,4%) od 5 do 10 lat, a prawie połowa badanych (33 kierowców – 47,8%) więcej, niż 10 lat. Znaczna większość ankietowanych była w związku małżeńskim (51 mężczyzn – 73,9%), 8 mężczyzn (11,6%) było w związku nieformalnym, 7 (10,1%) deklarowało stan wolny, 2 mężczyzn (2,9%) było rozwiedzionych, a jeden (1,5%) był wdowcem.

Wyniki

Analizę badania przedstawiono w tabeli 2

Tab. 2. Odpowiedzi zawodowych kierowców w sondowaniu na temat profilaktyki chorób prostaty

L.p.	Zadane pytania	TAK		NIE	
		n	%	n	%
1.	Ewentualne problemy z oddawaniem moczu, mniejszym jego strumieniem lub uczucie niepełnego opróżnienia pęcherza moczowego są powodem do niepokoju	18	26,1	51	73,9
2.	Ewentualne problemy z erekcją i życiem seksualnym skłoniłyby do wykonania badań prostaty	27	39,1	42	60,9
3.	Opinia ankietowanych na temat tego czy badanie per rectum (doodbytnicze) jest jedynym badaniem prostaty	15	21,7	54	78,3
4.	Koszt 20 zł wydany raz na 2-3 lata w celu profilaktycznego badania prostaty jest akceptowany	6	8,7	63	91,3
5.	Badanie morfologiczne w kierunku wykrywania wczesnych problemów z prostatą powinno być dołączone do obowiązkowych okresowych badań zawodowych	51	73,9	18	26,1
6.	Rodzina/najbliżsi mają wpływ na regularne badanie profilaktyczne i/lub wizyty lekarskie ankietowanego	32	46,4	37	53,6
7.	Odbyta wizyta medyczna u urologa lub androloga	20	29,0	49	71,0
8.	Przebyte badanie prostaty	15	21,7	54	78,3
9.	Problemy z prostatą w rodzinie	15	21,7	54	78,3

Blisko 3/4 badanych kierowców (73,9%) uważa, iż ewentualne problemy z oddawaniem moczu, mniejszym jego strumieniem lub uczucie niepełnego opróżnienia pęcherza moczowego nie są powodem do niepokoju. Wiązać się to może z przekonaniem, iż z wiekiem w organizmie zachodzą zmiany fizjologiczne, które zmniejszają jego wydolność.

Ponad połowa ankietowanych (60,9%) uważa, że ewentualne problemy z erekcją i życiem seksualnym nie byłyby podstawą do wykonania badań diagnostycznych prostaty. To błędne myślenie, gdyż gruczoł krokowy odpowiada za prawidłowe funkcjonowanie układu płciowego, wielkość i jakość męskiego nasienia.

Znaczna większość respondentów (78,3%) ma wiedzę, iż badanie per rectum nie jest jedynym badaniem gruczołu krokowego.

Ponad 9 na 10 badanych (91,3%) uważa, iż 20 zł wydane raz na 2-3 lata na badanie profilaktyczne stercza nie jest wygórowaną kwotą.

Blisko 3/4 badanych kierowców (73,9%) jest zdania, iż badanie morfologiczne w kierunku wykrywania problemów z prostatą powinno być dołączone do obowiązkowych okresowych badań zawodowych. Modyfikacja ta przyczyniłaby się do wczesnego wykrywania zmian w obrębie gruczołu krokowego i pozwoliłaby na leczenie już w pierwszych stadiach choroby. Dla wielu mężczyzn obowiązkowe badania okresowe dopuszczające do pracy to jedyna wykonywana diagnostyka.

Odpowiedzi na temat wpływu rodziny na regularne badanie profilaktyczne i/lub wizyty lekarskie ankietowanych rozłożyły się prawie po równo. Najbliżsi 32 kierowców (46,4%) mają na nich wpływ oraz pilnują ich badań i wizyt u lekarza.

Tylko 20 ankietowanych (29,0%) przyznało się do odbytej wizyty medycznej u urologa lub androloga. Reszta ankietowanych nie miała powodu do takiej wizyty (58,0%) lub nie miała na nią czasu (13,0%). Z powodu ochrony danych osobowych oraz poufności i bezpieczeństwa działań medycznych nie pytano o przyczyny tej wizyty ani o ich częstotliwość – czy ankietowany jest pod stałą opieką lekarza specjalisty czy też była to wizyta jednorazowa.

Co 5 ankietowany (21,7%) ma już za sobą badanie gruczołu krokowego. Prawie każdy miał oznaczony poziom swoistego antygenu sterczowego (PSA) – 12 mężczyzn (80%), u 3 mężczyzn (20%) wykonano badanie per rectum, 4 mężczyzn (26,7%) miało wykonane USG, a jednemu (6,7%) pobrano materiał do badań mikroskopowych (biopsja). Nie uwzględniono podziału na badania profilaktyczne i diagnostykę w leczeniu schorzeń prostaty.

Co 5 kierowca (21,7%) zadeklarował, iż w jego rodzinie występował problem zdrowotny gruczołu krokowego. Sześciu mężczyzn (40%), z tych, którzy mają świadomość rodzinnego występowania choroby stercza jeszcze nie wykonywało własnej diagnostyki.

Być może prowadzone badania sondażowe wśród grupy zawodowych kierowców skłonią do zastanowienia się nad ich wykonaniem i sprawdzeniem, czy istnieje ryzyko zachorowania na schorzenia prostaty. Kwestią do rozważenia pozostaje projekt wdrożenia obowiązkowych badań profilaktycznych w kierunku wykrywania zmian nowotworowych prostaty do okresowych badań zawodowych.

Wnioski

1. Blisko 3/4 ankietowanych kierowców (73,9%) nie uważa, aby ewentualne problemy z oddawaniem moczu, mniejszym jego strumieniem lub uczucie niepełnego opróżnienia pęcherza moczowego były powodem do niepokoju. Ponad połowa ankietowanych (60,9%) uważa, że ewentualne problemy z erekcją i życiem seksualnym nie skłoniłyby ich do wykonania badań prostaty.
2. Jedynie co 5 kierowca (21,7%) deklarował wykonanie diagnostyki prostaty. Nie zbadano, czy było to w ramach profilaktycznych, czy w wyniku podjętego leczenia choroby.
3. Prawie co 3 sondowany kierowca (73,9%) uważa, iż badanie morfologiczne w kierunku wykrywania wczesnych problemów z prostatą powinno być dołączone do obowiązkowych okresowych badań zawodowych. Wykonywane raz na 3 lata pozwoliłoby wykryć zachodzące zmiany w obrębie gruczołu krokowego.

Piśmiennictwo

1. Deptała A. (red.) (2006), *Onkologia w praktyce,* PZWL, Warszawa, s. 54-55, 236-241.
2. Ejchman W. (2006), *Choroby gruczołu krokowego. Rak prostaty. Poradnik medyczny*. http://www.zdrowemiasto.pl/_zm/?art=87, dostęp 23.05.2016.
3. Jeziorski A. (red.) (2015), *Onkologia podręcznik dla pielęgniarek*. Wyd. PZWL, Warszawa, s. 135-136.
4. Katrynicz A. (2011), *Czuły punkt – prostata.* Menadżer Zdrowia, 8, s. 74-75.
5. Koper A. (red.) (2015), *Pielęgniarstwo onkologiczne. Podręcznik dla studiów medycznych.* Wyd. PZWL, Warszawa, s. 197-199.
6. Kułakowski A., Skowrońska-Gardas A. (red.) (2003), *Onkologia, podręcznik dla studentów medycyn.* Wyd. PZWL, Warszawa, s. 167-172.
7. Szczeklik A., Gajewski P. (red.) (2015), *Interna Szczeklika 2015.* Medycyna Praktyczna, Kraków, s. 2268-2270.

Źródła internetowe

1. *Krajowy Rejestr Nowotworów*. http://onkologia.org.pl/nowotwory-zlosliwe-gruczolu-krokowego-c61/. dostęp 24.05.2016.
2. *Mężczyźni vs Rak Prostaty*. http://stalowemiasto.pl/artykuly/artykuly.php?mode=pokaz&id=31579. dostęp 25.05.2016
3. *Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015*. http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/zal_urm_npz_90_15052007.pdf. dostęp 25.05.2016.
4. *Programy profilaktyczne NFZ.* http://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/programy-profilaktyczne/. dostęp 25.05.2016.

Liczba znaków ze spacjami: 25688