

## **Tytuł pracy:**

Ocena jakości życia u chorych po elektroresekcji raka pęcherza moczowego leczonych adjuwantowo dopęcherzową immunoterapią BCG w porównaniu do grupy pacjentów leczonych jedynie elektroresekcją przezcewkową.

## **STRESZCZENIE**

Urotelialny rak pęcherza moczowego nienaciekający błony mięśniowej pęcherza zwany pierwotnie powierzchowny stanowi około 70%-75% wszystkich nowotworów pęcherza moczowego.

W standardowym leczeniu chirurgicznym zgodnie z zaleceniami stosuje się przezcewkową elektroresekcję guza jako wstępny zabieg diagnostyczno-terapeutyczny i w zależności od stopnia zagrożenia nawrotem lub progresją choroby, dopęcherzowe leczenie uzupełniające (adjuwantowe): chemioterapię dopęcherzową lub immunoterapię.

Celem pracy było określenie oceny jakości życia w wymiarze psychologicznym, fizycznym, społecznym i środowiskowym. W moim badaniu zadałem pytanie: jak uzupełniająca terapia dopęcherzowa BCG w kursach podtrzymujących, wpływa na jakość życia pacjentów z rakiem urotelialnym pęcherza moczowego w porównaniu do pacjentów, którzy zostali poddani jedynie elektroresekcji dopęcherzowej, bez terapii adjuwantowej. Dodatkowa terapia w sposób zdecydowany obniża jakość życia u pacjentów z ryzykiem nawrotu i progresji raka pęcherza, intensywny nadzór – częste, powtarzane cystoskopie w obu grupach pacjentów – obniżają im zdecydowanie jakość życia. Dokuczliwa i bolesna forma kontroli nad chorobą ma wpływ na brak kontynuacji leczenia.

Rodzaj terapii ma ogromne znaczenie dla jakości życia osób poddanych leczeniu onkologicznemu. Różne metody leczenia oddziałują na wybrane parametry jakości życia osób badanych w wymiarach psychologicznym, fizycznym, społecznym i środowiskowym. Niektóre czynniki kliniczne i socjodemograficzne również wpływają na jakość życia chorych na raka pęcherza moczowego.

Badaniami objęto łącznie dwieście osób. Sto osób poddanych jedynie przezcewkowej elektroresekcji i sto osób objętych leczeniem adjuwantowym poddanych wcześniej elektroresekcji.

Do pomiarów jakości życia w wymiarze psychologicznym, fizycznym, społecznym i środowiskowym wykorzystano kwestionariusz ankiety oceniającej jakość życia: WHOQoL-BREF, SF-36, EQ-5D-5L.

Na podstawie przeprowadzonych zbadanych różnic pomiędzy pomiarem początkowym i pomiarem wtórnym poziomów jakości życia w obrębie każdej z badanych form opieki zdrowotnej poziom jakości życia ulegał zróżnicowaniu. Na podstawie przeprowadzonych analiz związku pomiędzy formą terapii, a poziomem jakości życia osoby w każdej z badanych form stwierdzono, że częste, kontrolne cystoskopie oraz leczenie adjuwantowe mają wpływ na poziom jakości życia w każdym wymiarze.

W wyniku przeprowadzonych analiz jakość życia badana w kolejnym pomiarze po okresie trzech i sześciu miesięcy od resekcji przezcewkowej guza jest wyższa od jakości życia badanej w pomiarze początkowym. Natomiast po sześciu miesiącach od zabiegu poprawiała się jakość zdrowia w dziedzinie funkcjonowania fizycznego, socjalnego i środowiskowego, a witalność i funkcjonowanie w wymiarze psychicznym były istotnie gorsze niż przed zabiegiem. Zdecydowana poprawa jakości życia w domenie sprawności fizycznej i witalności poprawiała się i była lepsza niż przed zabiegiem dopiero po 12 miesiącach. W domenie ogólnego postrzegania zdrowia, funkcjonowania społecznego i poczucia zdrowia psychicznego nadal po 12 miesiącach dawało się zauważyć istotnie gorsze wyniki w porównaniu do stanu przed zabiegiem.

Pacjenci bezpośrednio po wykonanym kursie inicjującym BCG nie wykazywali istotnej poprawy jakości życia w domenie witalności, poczuciu zdrowia psychicznego i funkcjonowania w wymiarze psychicznym. W kolejnej ocenie po 12 wlewkach BCG, a więc sześciu miesiącach od rozpoczęcia leczenia nadal jakość życia była znacząco gorsza w domenie witalności, poczuciu zdrowia psychicznego, funkcjonowaniu w wymiarze psychicznym natomiast sprawność fizyczna, ograniczenie aktywności uległy zdecydowanej poprawie, zmniejszyły się dolegliwości bólowe, a postrzeganie zdrowia, funkcjonowanie społeczne i funkcjonowanie w wymiarze psychicznym były znacząco lepsze w porównaniu do stanu sprzed terapii BCG.

Wybrane czynniki kliniczne takie jak stopień zróżnicowania histopatologicznego i rodzaj zastosowanej terapii mają wpływ na jakość życia pacjentów i percepcję własnego zdrowia przez nich. Pacjenci z wysokim stopniem zróżnicowania -G1 oraz poddani leczeniu uzupełniającemu BCG mieli istotnie lepszą percepcję jakości życia i własnego zdrowia. Wyniki te różniły się jednak w zależności od czasu, który upłynął od chwili wdrożenia terapii. Różnice te dotyczyły dziedzin związanych z funkcjonowaniem fizycznym takimi jak ból, zdolność do wykonywania codziennych czynności i zdrowie ogólne.

Na jakość życia wszystkich pacjentów przed i w trakcie leczenia nie miały wpływu takie czynniki socjodemograficzne jak wiek, czy płeć badanych, natomiast pacjenci zamieszkujący teren miejski, będący w związku małżeńskim, z wykształceniem minimum średnim i będący aktywni zawodowo wykazali istotnie lepszą percepcję jakości życia, własnego zdrowia i jakości życia w dziedzinie fizycznej i psychologicznej. Również jakość życia w każdej z dziedzin była istotnie lepsza w grupie niespożywających alkoholu wysokoprocentowego oraz osób niepalących.